



NTNU

Kunnskap for en bedre verden

Bacheloroppgave

SY301813 Sykepleie VI

Smertelindring i palliativ fase.

4490 og 4407

Totalt antall sider inkludert forsiden: 47

Innlevert Ålesund, 22.05.16

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.	<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 checked="" type="checkbox"/>
5.	Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter NTNUs studieforskrift.	<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: Janne-Rita Skår og Pancheewa NaNongkhai.

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 med forfatter(ne)s godkjennelse.

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

Jeg/vi gir herved NTNU i Ålesund 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: 22.05.16

Antall ord: 8748.

Sammendrag

Hensikt: Hensikta med dette studiet er å belyse sjukepleiar sine erfaringar ved smertelindring til pasientar i pallativ fase.

Metode: Dette er eit systematisk litteraturstudie, der åtte forskningsartiklar vart analysert, og relevante funn blei trekt ut for å finne svar på oppgåva si problemstilling. Fire artiklar med kvalitativmetode og fire artiklar med kvantitativmetode vart brukt. Dei inkluderte artiklane vart funne ved hjelp av søk i databasene CinahlComplete, Svemed+, Idunn og Sykepleien.no

Resultat: Fire hovudkategoriar vart brukt til å belyse sjukepleiar sine erfaringar med smertelindring til pasientar i palliativ fase. Dei fire hovudresultata var erfaringar ved kompetanse og kunnskap, ressursar, samhandling og kartleggingsverktøy innan smertelindring til døyande pasientar.

Konklusjon: I studie ser ein fleire utfordringar knytt opp til å lindre smerter til pasientar i palliativ fase. Om tiltaka vi har funne i artiklane- og pensumlitteraturen vert følgt, trur vi døyande pasientar kan få ei betre smertelindrande behandling i livets slutfase.

Aim: The purpose of this study was to shed light on the nurses experience with pain relief towards patients in palliative phase.

Method: This is a systematic literature study where eight scientific articles was analyzed, and releant information was used in the process of answering the issue at hand. Four articles with qualitative methodology and for articles with quantitative methods was used. The included articles was found through the databases of CinahlComplete, Svemed+, Idunn and Sykepleien.no

Result: Four main categories was used to shed light on the nurses experience with pain relief towards patients in palliative phase. The four main result was experience by competance and knowlegde, resources, interaction, and mapping of pain relief for dying patients.

Conclusion: In the study we find multiple challanges connected to pain relief towards patients in palliative phase. We belive dying patients wil have a more comfortable treatment, relievd of pain, if the measures we found in the articles and sullabus are followed.

Innholdsfortegnelse

1.0 Innleing	1
1.1 Bakgrunn for val av tema	1
1.2 Studiet si hensikt	2
1.3 Problemstilling	2
1.4 Begrepsavklaring	2
2.0 Teoribakgrunn	4
2.1 Pasienten i palliativ fase	4
2.2 Pasientens smerter i palliativ fase	4
2.3 Sjukepleie til pasientar i palliativ fase	6
2.4 Sjukepleie ut i frå Kari Martinsens omsorgsteori.	6
3.0 Metodebeskrivelse	8
3.1 Systematisk litteraturstudie	8
3.2 Datasamling	8
3.3 Litteratursøk	8
3.4 Inklusjons- og eksklusjonskriterier	9
3.5 Kvalitetssikring av forskningsartiklane	10
3.6 Etske hensyn	10
3.7 Analyse	10
4.0 Resultat	12
4.1 Sjukepleiar sine erfaringar med smertelindring innan kompetanse og kunnskap, i palliativ fase.	12
4.2 Sjukepleiar sine erfaringar med smertelindring i forhold til ressursar i palliativ fase.	13
4.3 Sjukepleiar sine erfaringar med smertelindring i forhold til samhandling i palliativ fase.	14
4.4 Sjukepleiar sine erfaringar med smertelindring ved hjelp av kartleggingsverktøy i palliativ fase.	15
5.0 Diskusjon	17
5.1 Metodediskusjon	17
5.2 Resultatdiskusjon	18
5.2.1 Sjukepleiar sine erfaringar med smertelindring innan kompetanse og kunnskap, i palliativ fase.	18
5.2.2 Sjukepleiar sine erfaringar med smertelindring i forhold til ressursar i palliativ fase	20
5.2.3 Sjukepleiar sine erfaringar med smertelindring i forhold til samhandling i palliativ fase.	21
5.2.4 Sjukepleiar sine erfaringar med smertelindring i forhold til kartleggingsverktøy i palliativ fase.	24
5.3 Konklusjon	25
6.0 Litteraturliste	27
Vedlegg 1: 8 litteraturmatriser	
Vedlegg 2: Søkehistorikk	

1.0 Innleing

1.1 Bakgrunn for val av tema

Mange pasientar ønskjer å få døy heime. Alvorleg sjuke og døyande pasientar skal kunne velje kvar dei vil tilbringe den siste levetida si. Det skal tilretteleggast så langt det lét seg gjere (Fjørtoft 2012). Sjukepleie skal gi lindrande behandling slik at pasienten får best mogleg livskvalitet. Den palliative fasa kan strekke seg over tid, og det betyr at sjukepleiar kan følge nokre pasientar over lengre tid, mens andre gongar over eit kort tidsrom. Omsorga som vert gitt i den palliative fasa må inkludere dei pårørande. Alvorleg sjukdom og død angår ikkje berre pasienten, men involverar heile familien (ibid).

I nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorga ser ein at kreftpasientar utgjer det meste av palliative pasientar. Heile 95% av desse pasientane er kreftpasientar på sjukehus. Dei dominerar også innan primærhelsetjenesta. Men palliasjon gjeld også pasientar med andre diagnoser. ”Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen” (2015) Helsebiblioteket.no (02.05.16).

Det som kjenneteiknar palliasjon er ei heilheitleg tilnærming til den alvorleg sjuke og døyande pasient, samt deira pårørande. Respekt for pasienten, pårørande og medarbeidarar, der fokuset er til det beste for pasienten. Ei aktiv målretta haldning til diagnose, førebygging og lindring av symptom. Planlegging og tilrettelegging med tanke på behov og komplikasjonar som kan dukke opp. Open kommunikasjon og informasjon, samhandling og koordinering på tvers av nivåa i helsetenesta (Ibid).

Nokon av utfordringane pasientar i palliativ fase har, er opplevelse av smerte. Innanfor sjukepleie fokuserast det ofte på den subjektive, personlege opplevinga av smerte, og følgjande definisjon vert anbefalt i bruk i klinisk praksis:

”Smerter er det som den personen som opplever den, sier at det er, og den eksisterer når den personen som opplever den, sier at den gjør det” (Rustøen og Stubhaug 2011. S.138)

Ved all smertelindring er målet å ikkje berre å lindre smerter, men også å betre pasienten sin funksjonsnivå og livsglede (Rustøen og Stubhaug 2011).

Vi har valt å fordjupe oss i erfaringar ved å lindre smerter til palliative pasientar. Etter endt praksisstudier i sjukepleieutdanninga, sat vi begge igjen med ein del spørsmål knytt til å smertelindre døyande pasientar. Vi opplevde spesielt i heimabasert omsorg at det var ein del usikkerheit rundt å administrere smertelindring til palliative pasientar. Det er eit sentralt tema som vi vil møte i kvardagen som ferdig utdanna sjukepleiarar, og vi vil finne ut faktorar som spelar inn i erfaringa med å handtere smertelindring til døyande.

1.2 Studiet si hensikt

Hensikta med dette studie er å belyse sjukepleiars erfaringar innan palliasjon og smertelindring, til pasientar i palliativ fase.

1.3 Problemstilling

Smertelindring av pasientar i palliativ fase: kva erfaringar har sjukepleiar?

Avgrensning:

Problemstillinga er ikkje avgrensa til heimesjukepleie, sjukehus eller sjukeheim. Men er basert på sjukepleiarar sine erfaringar ved smertelindring og palliasjon, uavhengig av arbeidsplass. Problemstillinga tek heller ikkje utgangspunkt i nokon diagnoser, og fokuset er palliasjon uavhengig av grunnsjukdom. Smerter og smertelindring er knytt opp til det palliative forløpet. Vi tek også kun utgangspunkt i symptomlindring av smerter og ikkje andre plagsame symptom i palliativ fase.

1.4 Begrepsavklaring

Palliasjon: Verdens helseorganisasjon har to definisjonar på kva palliasjon inneber. Begge peika på dei same utfordringane. WHO's definisjon frå 2002 lyd slik;

”Palliative care is an approach that improves the quality of life of patients and their families facing the problem associated with life-threatening illness, through the prevention and relief of suffering by means of early identification and impeccable assessment and treatment of pain and other problems, physical, psychosocial and

spiritual. Palliative care: Provides relief from pain and other distressing symptoms, affirms life and regards dying as a normal process, intends neither to hasten or postpone death, integrates the psychological and spiritual aspects of patient care” (Kaasa 2007: S. 37).

Smerter:

Definisjonen gjort av international association for the study of pain (IASP) lyder slik; ”Smerte er en ubehagelig sensorisk og følelsesmessig opplevelse forbundet med faktisk skade eller vevsskade eller oppfattet som dette” (Kaasa og Borchgrevink 2007. S.272).

I daglegtale kan begrepet smerte gi ei anna meining, som til dømes; at livet er smertefullt. Derfor er IASP sin definisjon om smerte forbundet med vevsskade og at smerte er eit subjektivt fenomen, med store individuelle variasjonar (ibid).

Sjukepleie:

Virginia Henderson har skrive ein definisjon av sjukepleiarensfunksjon i Mathisen (2011.S154);

”Sykepleierens enestående funksjon består i å hjelpe menneske, enten det er sykt eller friskt, til å utføre de handlinger som bidrar til helse eller gjennvinning av helse (eller til en fredfull død), som dette mennesket ville ha utført uten hjelp hvis det hadde hatt den nødvendige styrke, vilje eller kunnskap til det. Hennes funksjon er å gjøre dette på en måte som hjelper han til å bli selvstendig så raskt som mulig.” (Mathisen 2011. s154)

2.0 Teoribakgrunn

I denne delen av oppgåva skal vi presentere teori om pasienten i palliativ fase, pasientens smerter i palliativ fase og sjukepleie til pasientar i palliativ fase. Vi skal presentere sjukepleie ut i frå Kari Martinsens omsorgsteori.

2.1 Pasienten i palliativ fase

Noko som kan vere den største utfordringa for den døyande, er følelsen av tap og svekkelse. Dei nedbrytande prosessane i kroppen som får pasienten til å endre utsjånad, miste kontroll over bevegelsar og eliminasjon. Det kan vere stor variasjon i svekkelsen av åndelege, sosiale og psykiske ressursar. Ein kan også ha fleire komplikasjonar og plagsome symptom knytt til grunnsjukdommen. Å miste kontroll over eigen kropp og funksjon kan bidra til at ein føler ein mister sin eigen identitet (Likjær 2011).

Det er eit stort steg å gå, frå den kurative behandling og sjukepleie, til det palliative. I palliasjon er målet utelukkande å lindre smerter og ubehag, samt skape livskvalitet. Det er ikkje lenger snakk om å kurere sjukdom (ibid).

Ved alvorleg, uhelbredeleg sjukdom er det ikkje berre fysiske konsekvensar, aktuelle somatiske symptom som ofte oppstår i denne fasen er trøttheit, smerter, nedsett matlyst, kvalme, obstipasjon, tørste, tørre slimhinner, og pustevanskar. Dette er plagar som ofte forsterkar kvarandre, og som kan gi mykje lidelse. Pasienten vert også påverka psykisk, mange oppleverer psykiske plager som angst, frykt, einsamheit, og meningslausheit. Korleis pasienten har det er individuelt, og er avhengig av personlegheit, livssyn, sosialt nettverk, livet ein har levd og den fysiske helsesituasjonen (Fjørtoft 2012).

2.2 Pasientens smerter i palliativ fase

Pasienten i den palliative fase, vil ofte vere plaga med fysiske smerter. Smerter er ofte eit samansatt fenomen, der fleire faktorar påverkar pasientens smerteoppleving samtidig. Dette gjer det både utfordrande og krevjande å behandle smerter. Her spelar også andre faktorar inn. Personlegheit, psyke og samfunnets faktorar kan vere med på å påverke kor intens smerta er og om medikamentell smertebehandling verkar (Kaasa 2007).

Uavhengig av kjønn, alder og sjukdom er smerter eit fenomen som påverkar og øydelegg menneskers kvardag. Det kan opplevast som ein trussel som kan få ein til å stille spørsmål om meininga ved livet. Dei er også ei påminning om vår eiga sårbarheit. Mange kan tenkje: Kva har eg gjort for å fortjene slike smerter? Kjem eg til å døy no? Dette kan vere med på å auke smerter for pasientane, den som behandlar klarer ikkje å sjå det same. Smerter kan ikkje bevisast, sjølv om det er ofte det vi krevjer av pasientane (Nordtvedt og Nesse 1997).

Det har vore ei dominerande oppfatning at smerter er ein reaksjon på vevsskader/traumer, og at smerteintensiteten aukar med skadens omfang. Dette har gjort at medisinsk behandling har vore retta mot årsaken og den medisinske diagnose, som då har ført til at ikkje alle pasientar har blitt godt nok smertelindra (Nordtvedt og Nesse 1997).

Smerter er kva pasienten seier det er og det er til stades når pasienten seier det. Margo McCaffery definerer smerter som eit subjektivt fenomen. Heilheita av smerter eksisterar berre i pasientens oppleving av det. Heilheitleg smertelindring er når vi ser på pasienten som ein unik person med sine erfaringar og historie (Nordtvedt og Nesse 1997).

Kaasa og Loge (2007) skriv at det er utvikla ei rekke forskjellige metoder og spørreskjema for å kartlegge symptom innan palliasjon. ESAS (Edmonton symptom assessment schedule) er mykje brukt i dag. I oppfølging av pasienten kan ein bruke delar eller heile skjemaet. Ein bør helst velje spørsmål ut frå pasientens hovudproblem. Det er også anbefalt at ein fyll inn skjemaet regelmessig. På skjemaet kan ein vekte forskjellige symptom frå 0-10. Der 0 er ingen og 10 er verst tenkeleg. Symptom som kan vere på ESAS skjema er: smerter i ro, smerter ved bevegelse, slappheit, kvalme, tungpust, munntørtheit, matlyst, angst/uro, trist/deprimert og alt tatt til betraktning, handlar det om 'korleis har du det i dag?'. ESAS bør brukast regelmessig, systematisk og til alle pasientar i ei palliativ fase (Ibid).

2.3 Sjukepleie til pasientar i palliativ fase

Det er fleire utfordringar knytt til behandling, pleie og omsorg av pasientar med kort forventa levetid, der hovudfokuset bør vere å betre, oppretthalde og tilrettelegge for god livskvalitet så langt det let seg gjere for både pasient og pårørande. Dette krev samarbeid på fleire nivå i helsevesenenet (Kaasa 2007).

Sjukepleie til den døyande er ikkje så forskjellig frå den pleia sjukepleiar utøver til andre pasientar. Det er likevel noko spesielt ved å gi sjukepleie til døyande. Dei pasientane har mindre tid og begrensa faktorar for moglegheit til å skape ei meining med livet. Det er mykje som skal gjerast på kort tid. Pleia som vert gitt til døyande er lik, uavhengig om pasienten er på sjukehus, sjukeheim eller i eigen heim (Likjær 2011). For å få kontinuitet i behandling av døyande, må ein ha eit samarbeid mellom profesjonane. Pasienten og pårørande forventar god kommunikasjon og organisering, slik at pasienten får ro til å gjere det han ønskjer. I dette samarbeidet blir det forventa at alt personell bidreg med kompetanse og erfaringar (ibid). I følge lov om kommunale helse- og omsorgstenester, er;

”§ 3-1 Kommunens overordnede ansvar for helse- og omsorgstjenester sier at kommunen skal sørge for at personer som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendig helse- og omsorgstjenester” (Helse- og omsorgstjenesteloven 2015).

2.4 Sjukepleie ut i frå Kari Martinsens omsorgsteori.

Kari Martinsen seier at omsorg er eit rasjonelt, praktisk og moralsk begrep. Det rasjonelle tek utgangspunkt i eit menneskesyn der vi er avhengig av kvarandre. Ansvar for den svake er verdiprinsippet. Vi er alle sårbare, dette betyr at alle kan kome til å trenge hjelp ein gong. Vi må handle på den måten at alle får same moglegheit for eit godt liv. Den praktiske biten av omsorgsbegrepet viser oss tydinga av det å stå i andre si liding, ikkje stå på utsida. Det viser at hjelp vert gitt uten å forvente noko tilbake, altså betingingslaust. Det moralske begrepet er holdningar som kjem til uttrykk hjå forhold mellom menneske, måten vi er på. Makt kjem til syne mellom sjukepleiar og pasient. Forholdet skal vere likeverdige, men er asymmetrisk. Sjukepleiar har i si stilling makt og kompetanse som pasienten ikkje har. Pasienten er i ein sårbar situasjon, han er avhengig av at sjukepleiaren yter si kompetanse og kunnskap på ein moralsk forsvarlig måte (Brodtkorb, 2011).

Omsorg er ei grunnleggande forutsetning for at utøvande sjukepleie kombinerar det faglege og det personlege. Gode sjukepleiehandlingar kan lærast gjennom innlevelse i andre sine situasjonar. Kari Martinsen hevdar at denne innlevelsen ikkje er subjektiv, men inneheld objektivitet som er prega av refleksjon (Nortvedt og Nesse 1997). Martinsen uttalar seg slik;

”Denne innlevelse er ikke sentimental omsorg, subjektivism eller intimitet. Da er min deltakelse i den andres situasjon begrenset til mine egne følelser. Situasjonen blir borte. Men innlevelsens objekt betyr konkret å finne ut av hva den andre er best hjulpet med, og der grunntonen er anerkjennelse og medfølelse” (Nortvedt og Nesse 1997. S14)

3.0 Metodebeskrivelse

I denne delen av bacheloroppgåva skal vi beskrive korleis vi nytta systematisk litteraturstudie, korleis vi innhenta -og systematiserte data. Tema som vi går igjennom i metodebeskrivelsen er; datainnsamling, litteratursøk, inklusjons- og eksklusjonskriteriar, kvalitetssikring, etiske hensyn og analyse.

3.1 Systematisk litteraturstudie

I bacheloroppgåva nytta vi systematisk litteratursøk for å finne god forskning. Mulrow og Oxman definerer det som ei tydeleg formulert problemstilling, som vert svart systematisk ved å vurdere, identifisere, velje og analysere relevant forskning. Eit systematisk litteraturstudie skal innehalde ei klar og tydelig problemstilling, ein søkestrategi for å identifisere relevant publisert og ikkje publisert studie. Tydelege inklusjons- og eksklusjonskriterier, som bestemmer valet av studiet. Presentasjon av kvart studie si metode og resultat, presentasjon av alle ekskluderte studier, og kvifor desse er bortvalt. (Forsberg og Wengstrøm 2014).

3.2 Datasamling

Vi starta å arbeide med det systematiske litteraturstudie januar 2016. Problemstillinga vår var då: ”Korleis kan sjukepleiar i heimebasert omsorg sørge for at pasientar er godt smertelindra i den palliative fasen?”. Etter mykje søk i fleire databasar, fann vi ut det var særst utfordrande å finne relevant forskning som var tilfredstillande for vår problemstilling. Derfor gjorde vi om problemstillinga til ”Smertelindring av pasientar i palliativ fase: kva erfaringar har sjukepleiar?”. Etter bytte av problemstilling, utelukka vi søkeord som ”homecare” sidan vi ikkje lenger hadde begrensa problemstilling til heimebasert omsorg. Etter byttet av problemstilling og nye søk etter forskning, sat vi att med 8 refereebedømte forskningsartiklar. Vi fann også relevant pensumlitteratur som er retta mot vår problemstilling.

3.3 Litteratursøk

Kunsten å finne dei fakta ein leitar etter i ei database, er avhengig av alder på arbeidet ein leitar etter, kva språk det står på, og kva studietyper som er interessante. Ut i frå

problemstillinga bestemmer ein kriterie for søkinga. Deretter må ein finne ut kva database ein vil ta i bruk (Forsberg og Wengstrøm 2014).

Vi har valt å ta i bruk databaser som vi er kjende med frå før, som står oppført i skulen sine databaser; CinahlComplete, Idunn, Svemed+, samt sykepleien.no. Søkeorda vi har teke i bruk er både på norsk og engelsk, sidan vi har brukt både nordiske og engelske databaser. Vi har bruk søkeorda kvar for seg, og i kombinasjon med kvarandre; ”Palliasjon, død”, ”Smertelindring og sykepleie”, ”Sykepleie og døende”, ”sykepleiers holdning til smerter”, ”palliasjon og smerte”, ”nursing, pain and homecare”, ”palliative care, nurses perception, pain”. Grunnen til at vi har valt å ha med ord som ”homecare” var grunna den tidlegare problemstillinga. Den artikkelen som vart teke i bruk med dette søkeordet, var gjort før vi endra problemstilling. Grunnen til at vi inkluderte den, var at artikkelen framleis var relevant for vår oppgåve. Etter endringa av problemstilling vart ikkje ord som ”homecare” teke i bruk. Viser til vedlegg om tabell for søkehistorikk.

I starten av søkeprosessen var det fokus på hovudoverskrifter og innhaldet i abstrakta som var viktig, for å kunne få eit overblikk over artikkelen. Vidare var vi opptekne av at alle artiklane innehaldt IMRAD-struktur og at artiklane var fagfelleverdert. Vi satt igjen med 18 artikkelar som vart kritisk vurdert, og av desse 18 valte vi ut 8. Undervegs dokumenterte vi søkehistorie, som gav oss oversikt.

Søk gjort i CinahlComplete vart avgrensa med årstall 2013-2016, språk til engelsk og academical journal. Avgrensningar på sjukepleien.no var fagfelleverderte artikkelar, årstall 2013-2016, med unntak av ein artikkel frå 2007. Her har ein ikkje moglegheit til å velge språk, sidan dette er norske studiar. I Svemed+ vart søket avgrensa med årstall 2013-2016. I databasen Idunn kan ein bytte om til avansert søk, her valgte vi årstall 2013-2016. Viser til vedlegg søkehistorikk.

3.4 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Vi har valt å nytte nyare forskning frå 2013-2015, med eit unntak der vi fann ein god artikkel frå 2007. Vi har valt nyare forskning på grunn av at vi vil finne erfaringar som er aktuelle i dag. Som nemt over, var eine inklusjonskriteriet at artiklane inneheldt IMRAD-struktur og var refereebedømte. Når ein artikkel inneheld dette, fortel det oss noko om truverdigheita og kvaliteten på studiet. Andre inklusjonskriterier var at artiklane omhandla sjukepleiar sine erfaringar med smertelindring, og palliasjon. Samt at erfaringane gjaldt

behandligna av vaksne, og ikkje born. Artiklane måtte ha sjukepleieperspektiv. Siste inklusjonkriteriet var at studia var gjort i vestlege land, sidan vi skal knytte det opp mot utfordringane vi møter i helsesektoren i Noreg.

Eksklusjonsgrunnlag var; studiar som omhandla born, studiar som var gjort i andre verdensdelar, studiar gjort før år 2007, pasient- og pårørande-perspektiv, fagartiklar, og ikkje forskning som ikkje var fagfelleverdert. Vi utelukka også alternativ behandling, som til dømes healing, akupunktur og hypnose.

3.5 Kvalitetssikring av forskningsartiklane

Vi kontrollerte at alle dei utvalde artiklane var refereebedømte. Vi sjekka alle artiklar på databaser for statistikk om høgare utdanning, samt kontrollerte at alle artiklane var rangert på nivå 1. Av alle studia vi har teke i bruk, er seks av dei originalartiklar, og to review-artiklar. Fire av atikkane nytta kvalitativ metode, og fire nytta kvantitativ metode. Deretter kvalitetssikra vi forskninga vår ved hjelp av Forsberg og Wengstrøm (2014) si sjekklister for systematiske litteraturstudiar, samt sjekklister for kvalitative og kvantitative artiklar. Vi har samarbeida godt, og kontrollert kvarandre sitt arbeid langs heile prosessen. Vi har delt på arbeidet, og bytta om på å lese litteraturmatrisar og artiklar. Dette såg vi på som naudsynt for å oppnå best mogleg kvalitet av arbeidet.

3.6 Ethiske hensyn

Når ein sett i gong med systematiske litteraturstudiar må ein ta hensyn til etiske aspekt som omhandlar personvern, konfidensialitet og anonymisering. Seks av artiklane vi har teke i bruk, er godkjent. I den eine reeviewartikkelen som er utført i Nederland, var det ikkje naudsynt med godkjenning. To av artiklane oppgir ikkje noko om etiske hensyn. Begge er fagfelleverdert, har IMRAD-struktur, og vi synes artiklane hadde godt innhald. Difor valte vi å inkludere dei. Vi gjenngir funna i artiklane korrekt under analyseprosessen.

3.7 Analyse

Vi har følgd Forsberg og Wengstrøm (2014) sine 5 steg for innholdsanalyse.

Steg 1: Vi har begge to lest igjennom alle studia, fleire gongar, for å få god oversikt over innhaldet i artikklane.

Steg 2: Av innhaldsanalyse skal vi finne ut kva teksta handlar om. Vi koda fire artikkelar kvar, og deretter bytta vi om på artiklane for å sikre at vi fikk med alle funn. Vi fargekoda funna ved hjelp av fargane grøn, lilla, rosa og oransje. Døme på funn med fargen grøn var; fagleg oppdatering, fagutvikling, kunnskap og fagforum. Lilla var funn om samhandling, døme på funn om samhandling var; ueinigheiter, administrasjonsform, samarbeid og samhandling mellom tenestene. Rosa var funn om ressursar, her var tildømes funn som lavbemanning, pleietyngd, oppfølging, tidspress, for mange arbeidsoppgåver og auka ressursar. Oransje var funn om kartleggingsverktøy. Her peikar fleire funn på at kartleggingsverktøy vart sjeldan eller aldri teke i bruk.

Steg 3: Her har vi gjort kodene om til kategoriar. Kategoriane vi har valt er 1. Kompetanse og kunnskap, 2. Ressursar, 3. Samhandling og 4. Kartleggingsverty

Steg 4: Her kom vi fram til desse fire punkta som individuelle tema, då det ikkje var naturleg å samle nokon av kategoriane i felles tema.

Etter analyseprosessen sat vi igjen med desse fire tema;

1. Kompetanse og kunnskap
2. Ressursar
3. Samhandling
4. Kartleggingsverktøy.

Vi har prioritert dei i denne rekkefølgen.

4.0 Resultat

I denne delen av oppgåva presenterar vi dei fire tema som kom fram i analysen. Hovudfunna som nemt over er; kompetanse og kunnskap, ressursar, samhandling og kartleggingsverktøy.

4.1 Sjukepleiar sine erfaringar med smertelindring innan kompetanse og kunnskap, i palliativ fase.

Fleire studiar peikar på at kompetanse og kunnskap er viktig for å lindre smerter til pasientar i palliativ fase. Nokon peikar på det komplekse sjukdomsbiletet. André og Ringdal (2015) har funne ut at god organisering og kompetanse i den kommunale helsetenesta er viktig for pasientar som vil døy heime. Behandlinga av desse pasientane stiller store krav til pleie og medisinsk kompetanse, sidan sjukdomsbiletet ofte er komplekst og har store individuelle forskjelar som kan endre seg raskt. Og forskninga viser også at sjukepleiar på sjukeheim meldte om høgare kompetanse enn dei som jobba i heimebasert omsorg. Torvik m.fl (2015) opplevde at sjukepleiarane som arbeidde i institusjon vurderte si kompetanse innan smertelindring som høgare, enn dei som jobba i heimebasert omsorg. Dette sjølv om dei som arbeidde i heimebasert omsorg hadde høgare utdanning enn dei som jobba i institusjon. I eit studie av Gjerberg (2007) ser ein at ved å ha rettningslinjer og rutiner lett tilgjengeleg, skjedde det ei kompetanseheving hjå personalet i høve til lindrande behandling i den palliative fasen. Dette resulterte i opplæring innan smerte og symptomlindring. Granheim m.fl (2015) fann ut at mange sjukepleiarar og sjukepleiestudentar frykta respirasjonsdepresjon og opioidavhengigheit ved medisinhandtering. Her er det viktig med meir kunnskap og fornya holdningar om smertebehandling og opioidpreparat. Studiet synleggjorde eit behov for styrka kompetanse slik at sjukepleiarar og sjukepleiestudentar kan verte dyktigare til å handtere pasienten sine smerter.

Fleire av studiane skriv om ønska internundervisning og fagleg oppdatering. I eit studie gjort av Molnes (2014) fann dei ut at sjukepleiarane i heimebasert omsorg hadde eit sterkt ynskje om fagleg oppdatering. Nokon opplevde at det vart ei ekstra belastning for dei andre på arbeidsplassen, om dei prøvde å få til slik oppdatering i arbeidstida.

Sjukepleiarane gav uttrykk for at det var viktig å vere trygge på kvarandre, og på den måten heve kompetansen.

”Sykepleierene mente at hjemmesykepleien bør ha en sykepleier som har videreutdanning i kreftsykepleie, og som kan gi råd og veiledning til personalet.”
(Molnes 2014, s.147)

Nokre sjukepleiarar hospiterte på kreftavdeling, her opplevde dei å få anledning til å stille spørsmål, samt få tilbakemelding. Dei opplevde også at dersom personalet ikkje kunne svare på det dei lurte på, innhenta dei opplysningar frå anna fagpersonell. Sjukepleiarane i kommunehelsetenesta ønskte at sjukepleiarar frå kreftavdelinga skulle hospitere hjå dei. Dei erfarte at det var utfordrande å halde på kompetent personell. Sjukepleiarane opplevde også at arbeidsoppgåver ikkje vart utført grunna manglande kompetanse, dette førte til at pasienten ikkje vart optimalt ivareteken (Molnes 2014). Larsen og Knudsen (2013) fann ut at to verksemder gjennomførte internundervisning om smerte siste året. I berre den eine verksemda oppgav sjukepleiarane at dei prioriterte at personalet fekk delta i eksterne kurs om smertelindring.

For at pårørende skal føle seg trygge, og for å minimere mest mogleg plage for pasienten, må sjukepleiar ha eit kunnskapsmessig grunnlag for eventuell behandling og innleggelse. Kompetanse og kunnskap var det som måtte vere tilstades for å kunne gi rett behandling og pleie (Gjerberg 2007).

4.2 Sjukepleiar sine erfaringar med smertelindring i forhold til ressursar i palliativ fase.

Fleire studiar peikar på at låg bemanning og lite tid påverka det å lindre smerter i den palliative fasen. I forskning gjort av Molnes (2014) fann han ut at bemanninga ofte var for låg i forhold til arbeidsoppgåvene til sjukepleiarane. Han skriv at ressursmangel ofte fører til dårleg smertelindring til kreftpasientar, sidan ein ikkje får observert pasienten over tid, kan ein ikkje kartlegge smerter. Sjukepleiarane meinte at for å få dette til må ein ha høgare bemanning. Administrering av medikament vart ofte gjort enklast mogleg då ein kun treng ein person for å administrere tabletter, men to om ein skal administrere smertepumpe.

Molnes (2014) fortel også at sjukepleiarar opplevde at dei vart stilt ovanfor eit dilemma når dei er klar over at jobben dei skal utføre tek lang tid, og dei veit at dei ikkje har

moglegheit til å utføre dette på ein god måte ut i frå den tida dei har til disposisjon. Medikamentell behandling vert såleis basert på kor lang tid prosedyra tek og dette er ein faktor som kan gi for dårleg smertelindring. André og Ringdal (2015) skriv at fastlege og heimesjukepleie må vere tilgjengelege for pasient og pårørande for at pasienten skal få døy i heimen. Det er viktig at heimebasert omsorg og lege er tilgjengeleg for å skape naudsynt trygghet til dei som ynskjer å døy heime.

”Grunnen til at ønske om å dø hjemme ikke alltid blir oppfylt, er blant annet begrensede ressurser i hjemmetjenestene og manglende trygghet blant pårørende.” (André og Ringdal 2015. S.67).

I forskning gjort av Gjerberg (2007) var det viktig å sette opp turnus med erfarne pleiarar. Dei hadde mange unge vikarar som var usikre i arbeidet sitt.

4.3 Sjukepleiar sine erfaringar med smertelindring i forhold til samhandling i palliativ fase.

Noko som går igjen i fleire av studiane, er samhandlinga mellom sjukepleiar og lege. Samt samhandlinga mellom sjukepleiar, lege, pasient og pårørande. I følgje forskning gjort av Verschuur, Groot og Sande (2014) erfarar sjukepleiarar innan palliasjon at dei får kontakt med pasienten for seint i forløpet. Dette skjedde fordi lege tok kontakt med sjukepleiarane for seint.

”Sometimes the patient is dying and only then am I asked by the GP to become involved in palliative care for this patient” (Verschuur, Groot og Sande 2014. S. 242).

Sjukepleiarane finn samhandling med pasient og pårørande utfordrande sidan pasienten er i den palliative fasen. Fleire opplever at det er vanskeleg å ta opp tunge tema som til dømes kreft og død. Det var også utfordrande fordi ein ikkje kjenner pasienten tilstrekkeleg godt. I følgje sjukepleiarane er det viktig å ha eit godt forhold til legane og spesialistane innan palliasjon. Dette er viktig for diskusjonar om pasienten, og kva som skal skje vidare i prosessen. Dei fleste av sjukepleiarane opplevde det vanskeleg å kommunisere og samhandle med legar og andre spesialistar, dei følte seg ikkje likestilte og høyrte på. Fleire oppgav at det var utfordrande sidan dei ikkje følte dei fekk bruke sin

kunnskap og ekspertise, dette gjaldt særleg dei unge sjukepleiarane. Sjukepleiarane opplevde i fleire høve at legen lovde å kome med meir informasjon, utan at det vart oppfølgt. Det kunne skape konflikter og var ikkje bra for samarbeidet seinare i prosessen innan palliativ behandling (Verschuur, Groot og Sande 2014). Forskninga til Brorson m.fl (2014) peika på at sjukepleiarane han snakka med opplevde at legane ikkje høyrde på kva sjukepleiar sa, når dei oppgav at dosa med smertelindring ikkje var tilstrekkeleg. Sjukepleiarane måtte nesten be for å få legen til å sjå til pasienten, og eventuelt auke smertestillande, sjølv om det ikkje alltid vart gjort då heller. I studia til André og Ringdal (2015) skriv dei at forutsetningane for å kunne oppnå ein god død i heimen, er at fastlege og heimeteneste er tilgjengeleg, samt at pårørande har god støtte i dei.

I følgje Molnes (2014) opplever fleire sjukepleiarar at det oppstår usemje når det skal veljast administrasjonsform av smertelindrande medikament. Fleire sjukepleiarar fortalte at dei foretrakk å bruke tablettar så langt det lot seg gjere.

Eit tema som gjentok seg ved fleire av sjukepleiarane i studia, var rapporten frå sjukehuset når pasienten var utskrivingsklar. Nokre hadde sær gode erfaringar og andre ikkje. Dei positive erfaringane kom av at dei hadde moglegheit til å innhente kunnskap om pasienten og då kunne ivareta han på ein betre måte. Dei negative utfordringane kom av at mange utskrivne pasientar manglar epikrise, sjukepleiesamanfattning og medikamentliste (ibid).

4.4 Sjukepleiar sine erfaringar med smertelindring ved hjelp av kartleggingsverktøy i palliativ fase.

Fleire av studiane peika på at helsepersonell var lite kjend med kartleggingsverktøy, og nytta det sær sjeldent, eller aldri. Larsen og Knudsen (2013) fortel at informantane oppgav at verksemda dei arbeidde i ikkje nytta system for kartlegging av smerter, ved hjelp av kartleggingsverktøy. Nokre av verksemdene brukte ulike kombinasjonar av sjølv-rapporterings skjema, kroppskart og observasjonsskjema. To av institusjonane nytta Edmonton symptom assesment system (ESAS). Åtte av institusjonane oppgav at dei brukte generelle observasjonar av smerter utan skjema. Seks av institusjonane oppgav at dei registrerte smerte ved innkøpst, medan åtte andre institusjonar oppgav at dei ikkje registrerte smerte ved innkøpst. Sju verksemdar angir at dei har rutiner for smerteoppfølging, og sju har ikkje rutiner for det. I studie gjort av Torvik m.fl (2015) fant

dei ut at kartleggingsverktøy vart sjeldan eller aldri brukt i det daglege, både ved sjukeheim og heimebasert omsorg. Dei brukte standardiserte spørsmål, dette vart brukt mindre i heimebasertomsorg enn ellers. Observasjonsskjema vart heller ikkje teke i bruk nokon stad. Dei hadde lite trening og erfaring med desse verktøya. I studia til Molnes (2014) oppgir han at sjukepleiarar brukar sjeldent kartleggingsverktøy for å vurdere pasienten si oppleving av smerter. Tre av ti sjukepleiarar hadde nytta ESAS som kartleggingsverktøy.

Verschuur, Groot og Sande (2014) skriv at ein sjukepleiar uttalte seg om at viss kartleggingsverktøy hadde vorte tatt i bruk, ville dette ført til betre kommunikasjon og samarbeid med legen. Dessverre brukte berre eit fåtal av sjukepleiarane slike verktøy.

”it was said that objectively measuring identified problems and symptoms, such as with pain scale scores or scores on the Dilerium Observation Scale, may promote communication and cooperation with the GP. However, only a few of the nurses used objective data in the communication with GPs” (Verschuur, Groot og Sande 2014 s. 243).

5.0 Diskusjon

I denne delen av oppgåva vil vi ta for oss metodediskusjon, der studia si eventuelle svakheiter, begrensningar, og styrkar skal identifiserast og diskuterast. Så resultat av forskning, samt konsekvens for sjukepleie.

5.1 Metodediskusjon

I denne oppgåva nyttast det fire kvalitative, og fire kvantitative forskningsartiklar. Fordelen med dei kvalitative studia er at dei fangar opp meiningar og opplevingar som ikkje let seg måle i tal, dei går i djupna og det skjer i direkte kontakt med personar. Dei kvantitative har ein fordel med at dei gir data i form av målbare einingar (Dalland 2013).

Vi valte å skrive bacheloroppgåva saman, sidan vi tidlegare har jobba godt i lag. Vi har kvalitetar som utfyller kvarandre og har erfart at vårt samarbeid går særst bra.

Då vi var i praksis i heimebasert omsorg sat begge igjen med ei positiv oppleving av praksisstudiet, men begge har opplevd usikkerheit ved smertelindring til døydne. Vi kom fort fram til at dette var eit tema vi ville lære meir om. Vi har helde oss til sjukepleieperspektiv heile vegen, og det er sjukepleieerfaringar vi har hatt fokus på.

Dei kvalitative studia gav oss bekreftelse på erfaringar vi har opplevd og sett i praksis. Dei oppgir direktesitat av sjukepleiarar sine uttalelsar, og skildrar godt kva opplevingar dei sit igjen med. Dei kvantitative studia gir oss eit større bilete av til dømes; kor mange som tek i bruk kartleggingsskjema for å avdekke smerter i den palliative fasen.

Vi er nøgde med å ha funne gode kvalitative og kvantitative studier. I arbeidet med systematiske litteraturstudier avgrensa vi søka på førehand, dette gjorde at vi fikk relativt få treff, og all forskning var nyare frå 2013-2015, med unntak av éin frå 2007, som vi inkluderte grunna godt innhald. Vi kan knytte all forskning opp mot helsesektoren i Noreg, sidan sju av artiklane er nordiske, og éin er Nederlandsk. Vi kan stole på forskinga fordi erfaringane er av nyare årgang, den omhandlar nordiske sjukepleieerfaringar og er funne i forskjellige databaser. Eventuelle svakheiter kan vere at vi endra problemstilling ganske langt ut i forløpet, søka våre kunne vorte endra tidlegare, og vi kunne kanskje ha hatt eit større spekter med forskning. Men både før og etter byttet av problemstilling, opplevde vi det utfordrande å finne studie om erfaringar ved smertelindring av pasientar i palliativ fase.

5.2 Resultatdiskusjon

5.2.1 Sjukepleiar sine erfaringar med smertelindring innan kompetanse og kunnskap, i palliativ fase.

I mange av artiklane vi har nytta i vår systematiske litteraturstudie, peikar på at kompetanse og kunnskap er særskild viktig for å kunne lindre smerter til pasientar i palliativ fase. André og Ringdal (2015) skriv at god organisering og kompetanse i den kommunale helsetenesta er viktig for palliative pasientar i heimen. Behandlinga av desse pasientane stiller store krav til pleie og medisinsk kompetanse. I studia til Gjerberg (2007) ser ein at ved å ha retningslinjer og rutiner lett tilgjengeleg, skjedde det ei kompetanseheving ved personalet i forhold til lindrande behandling i den palliative fasen. Dette resulterte i opplæring innan smerte og symptomlindring. Granheim m.fl (2015) fann ut at mange sjukepleiarar og sjukepleiestudentar fryktar respirasjonsdepresjon og opioidavhengighet ved medisinhandtering. Her må det til meir kunnskap og fornya holdningar om smertebehandling og opioidpreparat. I ei studie gjort av Molnes (2014) fann han ut at sjukepleiarane i heimbasertomsorg hadde eit sterkt ønskje om fagleg oppdatering. Sjukepleiarane gav uttrykk for at det var viktig å vere trygge på kvarandre, og på den måten heve kompetansa. Molnes (2014) skriv også at nokre sjukepleiarar hadde særskild godt utbytte av å hospitere på kreftavdeling. Dei opplevde det utfordrande å halde på kompetent personell, då dei trekkast til å bli verande på arbeidsplassar med godt fagmiljø og fagleg strategisk satsing på tenesteutvikling. I studia til Larsen og Knudsen (2013) gjennomførte to av verksomheitene internundervisning om smerte. Eine institusjonen oppgav at dei prioriterte at personalet fekk delta på eksterne kurs om smertelindring. I ein studie av Gjerberg (2007) skriv ho at kompetanse og kunnskap var det som måtte vere tilstades for å kunne gi rett behandling og pleie.

Desse studiene har til felles at dei skildrar utfordringar ved for låg kompetanse og kunnskap innan smertelindring til døydne pasientar. Ingen av studiene fortel om tilstrekkelege kunnskapar, eller høg kompetanse. For at vi skal kunne gjere noko med dette, må vi finne ut kva som manglar, og kva som eventuelt kan gjerast med dette. Desse studiene fortel oss om manglande og sakna fagleg oppdatering, hospitering, veiledning, opplæring, innhenting av anna fagpersonalet med spesialisering som til dømes

kreftsjukepleiar og at oppdaterte prosedyrer er lett tilgjengeleg. For å auke kompetanse og kunnskap innan smertelindring i sjukepleieutøvelsen kan enkelte tiltak setjast i verk. I litteraturen til Orvik (2013) skriv han at avdelingssjukepleiar har ei administrativ leiarrolle som inneber å sørge for at oppgåvene er retta mot pasient, personalet og organisasjonen. Avdelingsleiar skal sørge for kvalitetssikring av den faglege standaren, tilrettelegge for samarbeid med andre faggrupper, kartlegge behovet for fagleg utvikling til personalet. Avdelingssjukepleiar har både eit administrativt og eit fagleg ansvar. Den faglege leiar har ansvar for den faglege standaren på avdelinga, dette ansvaret inkluderar plikta til å følge opp uerfarne kollegaer, som har mindre kompetanse enn ein sjølv har (Orvik 2013). Avdelingssjukepleiar har då ansvar for å innhente fagleg kompetanse, enten ved hjelp av kursing, hospitering, veiledning frå spesialutdanna sjukepleiarar , og oppdatere prosedyrer som skal vere lett tilgjengeleg. Det er ikkje berre administrasjonen på ein arbeidsplass som har ansvar for fagleg oppdatering. Sjukepleiar har sjølv ansvar for å skaffe seg oppdatert fagleg kompetanse. I følge yrkesetiske retningslinjer for sykepleie (2014) står det ”Sykepleieren erkjenner grensene for egen kompetanse, praktiserer innenfor disse og søker veiledning i vanskelige situasjoner”. For å få til dette må alle på arbeidsplassen ha same mål, og spele på lag. Til dømes kan tre av sjukepleiarane rullere på å hospitere på kreftavdeling. Etter endt hospitering, kan sjukepleiarane halde foredrag for dei andre på arbeidsplassen og dele erfaringar og kunnskap. Sjukepleiar kan også foreslå for leiinga om å få løyve til å drive eit fagutviklingsprosjekt, om ein ser at kompetansen innan for eit tema er for låg. Om det let seg gjere, kan eit slikt prosjekt auke refleksjonen på ei avdeling, og bidra til kompetanseheving (Bjørk og Solhaug 2008). Sjukepleiar kan sørge for at relevante prosedyrer ligg i ein perm, der éin har ansvaret for at prosedyrene alltid er oppdaterte. På eit sjukehus er det tverrfaglege arbeidet samansett, medan i kommuna, spesielt i heimebasert omsorg, må ein innhente fagpersonale som til dømes kreftkoordinator. I lov om kommunale helse og omsorgstenester §7-2;

”For pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte teneste etter loven her, skal kommunen tilby koordinator. Koordinatoren skal sørge for nødvendig oppfølging av den enkelte pasient eller bruker, samt sikre samordning av tenestetilbudet og fremdrift i arbeidet med individuell plan”.

Om kommuna har tilsett ein kreftkoordinator kan sjukepleiar i kommunehelsetenesta samarbeide og få veiledning innan smertelindring til den døyande pasient. Pasienten er avhengig av at sjukepleiar brukar sin kompetanse og kunnskap til deira beste. I sjukepleiar –pasient forholdet blir det ei skeiv fordeling av makt, sidan pasienten er avhengig av at

sjukepleiar brukar kunnskapen sin rett. I Kari Martinsens tre dimensjoner av omsorg i Brodtkorb (2011) beskriv ho det moralske begrepet som at sjukepleiar har i si stilling makt og kompetanse som pasienten ikkje har. Pasienten er i ein sårbar situasjon, han er avhengig av at sjukepleiaren yter sin kompetanse og kunnskap på ein moralsk forsvarlig måte (ibid). I følge Orvik (2013) må sjukepleiar ha klinisk- samt organisatorisk kompetanse for å sikre kvalitet på tenesta. Organisatorisk kompetanse fremjar fagleg forsvarlegheit.

5.2.2 Sjukepleiar sine erfaringar med smertelindring i forhold til ressursar i palliativ fase.

Fleire studiar peikar på låg bemanning og lite tid, dette påverkar smertelindring til døyande pasientar. I forskning gjort av Molnes (2014) skriv han at bemanninga ofte var for låg i forhold til arbeidsoppgåvene til sjukepleiarane. Han skriv at ressursmangel ofte førar til dårleg smertelindring, sidan ein ikkje får observert pasienten over tid. Sjukepleiarane meinte at for å oppnå dette må ein ha høgare bemanning. Administrering av medikament vart ofte gjort enklast mogleg, ein treng kun éin person for å administrere tablettar, men to om ein skal administrere smertepumpe. Molnes (2014) fortel også at sjukepleiarar opplevde at dei vart stilt ovanfor eit dilemma når dei er klar over at jobben dei skal utføre tek lang tid, og dei veit at dei ikkje har moglegheit til å utføre dette på ein god måte. Sjukepleiarane erfarte at medikamentell behandling vert basert på kor lang tid prosedyra for smertelindring tek, og dette er ein faktor som kan gi for dårleg smertelindring. André og Ringdal (2015) skriv at fastlege og heimesjukepleie må vere tilgjengelege for pasient og pårørande for at pasienten skal få døy i heimen. Det er viktig at heimebasert omsorg og lege er tilgjengeleg for å skape naudsynt trygghet til dei som ynskjer å døy heime. I forskning gjort av Gjerberg (2007) var det viktig å sette opp turnusen med kjent personell. Dei hadde mange unge vikarar som var usikre i arbeidet sitt. I litteraturen til Fjørtoft (2012) skriv han at tid er den rammefaktoren som ofte er styrande i helsetenesta. Tid er ein avgjerande faktor for å kunne gi god omsorg og individuell pleie. Tid kan skape konflikt, og det er ein knappheitsressurs. Verdien av tid kjem til uttrykk i møte med pasienten. God omsorg krev tid, og tidspress er ei stor utfordring for både pasient og personal, som opplevast som vanskeleg (ibid). Studiane peikar på at bemanninga ofte er for låg i forhold til arbeidsoppgåver. Dette kan føre til eit tidspress, der effektivitet kan overgå produktivitet. For å kunne gi den palliative pasient den smertelindringa, omsorgen og

oppfølginga han har behov for, må ressursane vere tilstrekkelege for alle arbeidsoppgåver arbeidsplassen krev. Behandling bør ikkje vere basert på tidsbruken av prosedyra, men kva behandling som gagnar den palliative pasienten.

I helsevesenet er travelheita eit kjent fenomen. Kari Martinsen i Kirkevold (2012) er blant anna kjend for sin omsorgsfilosofi, ho trekk fram at tida er ein ressurs vi disponerar over, og som ein sjølv er ansvarleg for, og må nytte på best vis. I Martinsens tre dimensjonar av omsorg, skriv ho i den praktiske delen av omsorgsbegrepet at tydinga av det å stå i andre si liding (Brodtkorb 2011). I følge teorien til Martinsen disponerar sjukepleiar over si tid. Sjukepleiarane er ansvarlege for å dele ut ressursane der dei trengst. For å kunne stå i andre si liding, og for å kunne hjelpe pasienten på ein god måte må vi ha disponert våre ressursar godt nok. Til dømes må bemanninga i heimebasert omsorg organisere seg på den måten at sjukepleiarane som er ansvarleg for den palliative pasient har tilstrekkeleg med tid til å pleie og ivareta han. Om ikkje dette vert gjort har ein ikkje tid til å stå i andre si liding, og dermed ikkje kunne gi god nok pleie. I slike situasjonar må sjukepleiarane organisere seg sånn at den døyande pasient får den nødvendige behandlinga han treng.

Å ta ansvar for sjuke menneske er ikkje mogleg utan å samarbeide. Samarbeid inneber å tilpasse seg kvarande sine arbeidsoppgåver, rytme og stil (Orvik 2013).

For at sjukepleiarar skal kunne nytte tida si effektivt må sjukepleieutøvelsen verte godt dokumentert i journalsystem. Dersom dokumentasjonen speglar den reelle situasjonen vil den vere eit verktøy for ledelse og ressursstyring. God dokumentasjon bidreg til å ivareta pasienten si sikkerheit, samt kvaliteten, forsvarlegheita, og kontinuiteten av pleie og behandling. Det vil vere eit kommunikasjonsmiddel for sjukepleier, pasient og pårørande (Vabo 2014).

5.2.3 Sjukepleiar sine erfaringar med smertelindring i forhold til samhandling i palliativ fase.

Noko som også går igjen i fleire av studiene, er samhandlinga mellom sjukepleiar og lege, samt samhandlinga mellom sjukepleiar- lege- pasient- og pårørande. I følgje forskning gjort av Verschuur, Groot og Sande (2014) opplevde sjukepleiarar innan palliasjon at dei fekk kontakt med pasienten for seint i forløpet. Sjukepleiarane fann samhandling med pasient og pårørande utfordrande sidan pasienten er i den palliative fase. I følgje sjukepleiarane var det viktig å ha eit godt forhold til legane og specialistane innan

palliasjon. Dei fleste av sjukepleiarane opplevde det vanskeleg å kommunisere og samhandle med legar og andre spesialistar, då dei ikkje følte seg likestilt eller høyrde (ibid). Forskninga til Brorson m.fl (2014) fortel at sjukepleiarane han snakka med opplevde at legane ikkje høyrde på kva sjukepleiar sa, når dei oppgav at dosa med smertelindring ikkje var tilstrekkeleg til smertene. I studia til André og Ringdal (2015) skriv dei at forutsetningane for å kunne oppnå ein god heimedød, var at fastlege og heimeteneste var tilgjengelig, og at pårørande har god støtte i dei. I studiet til Molnes (2014) oppgav fleire sjukepleiarar at det oppsto uenigheiter når det skulle veljast administrasjonsform av smertelindrande medikament. Noko fleire av sjukepleiarane i studia tok opp, var dokumentasjonen når pasienten var utskivingsklar. Då epikriser og medikamentliste ofte var ufullstendige.

For å oppnå god smertelindring innan palliasjon, krevst det at alle involverte samarbeidar godt. Erfaringar viser at utfordringane kjem mellom overgangane frå sjukehus-heimebasert omsorg - institusjon. Standard for palliasjon foreslår ei rekke tiltak for å betre samhandling, der eit av dei er; faste innleggelse-og utskrivingsrutiner, som til dømes at epikrise alltid følger med pasienten (Haugen, Jordhøy og Hjermstad: 2011). Fleire av studiane har resultat som peikar på at samarbeidet og samhandlinga mellom dei forskjellige yrkesgruppene, samt med pasient- og pårørande var utfordrande. For å oppnå god tverrprofesjonell samhandling må ein vere trygg på sin eigen kompetanse og funksjon, for å fungere som ein likeverdige samarbeidspartar, og slik at ein er trygg på å møte andre sine perspektiv (Fjørtoft 2012). Kari Martinsen skriv;

”Omsorg har med forståelse for andre å gjøre, en forståelse jeg tilegner meg gjennom å gjøre ting for og sammen med andre. Vi utvikler felles erfaringer, og det er de situasjoner vi har erfaring fra vi kan forstå. På den måten vil jeg forstå den andre gjennom måten han forholder seg til sin situasjon.” (Eide og Eide:2012. S 33)

Ein må ha interesse for andre sine fagområder og spesialitet. Faggruppene må samarbeide og supplere kvarandre, forutsetningane er kunnskap om kvarandre sine fag, respekt og interesse for andre sitt bidrag, samt at alle må bli lytta til. Dialog og felles forståelse må vere til stades. Partane må lytte til kvarandre og utveksle erfaringar og kunnskap. Ein må ha ei felles forståing for situasjonen til pasienten, der alle jobbar for å oppnå same mål. Det må vere avklart kven som har ansvar for kvar oppgåve i det tverrfaglege samarbeidet. Tiltak og fordeling av oppgåver må avklarast felles (Fjørtoft 2012).

Etter å ha fordjupa oss i forskning og funne resultat på utfordringar ved samhandling og samarbeid ser vi at det er visse faktorar som må ligge til grunn for eit godt tverrfagleg samarbeid med til dømes lege og sjukepleiar. Dette krev at sjukepleiar er trygg på sin kompetanse og sin funksjon, når ein skal presentere sitt perspektiv, og for å ikkje føle seg trua når ein møter andre yrkesgrupper sitt perspektiv. Openheit, respekt og forståelse for kvarandre sine kunnskapar, erfaringar og kompetanse er avgjerande for smertelindringa av den døyande pasient. Personlege faktorar, holdningar og meiningar som ikkje er faglege, må ikkje stå i vegen for utøvelsen av det profesjonelle tverrfaglege samarbeidet. Dette er ikkje faktorar som nokon kan bestemme over, men den enkelte lege eller sjukepleiar må tenke over og arbeide ut ifrå. Ein rår ikkje over andre sin profesjon og utøvelse av profesjonen.

Samarbeid mellom sjukepleiar, pasient- og pårørande er minst like viktig. Pårørande er ein viktig ressurs for sjukepleiar og pasient. Pårørande betyr mykje av opplevelsen for samanheng, meining og innhold i pasienten sitt liv. Pårørande er ein vesentleg samarbeidspartnar for sjukepleiar, derfor er det naudsynt at pårørande får tilstrekkeleg hjelp slik dei kan oppretthalde sin ressurs for pasienten (Fjørtoft 2012). Pårørande utfører ein stor del av omsorgen til spesielt den heimebuande pasienten. Dei vil då trenge støtte og hjelp frå sjukepleiar for å takle ein krevjande kvardag. Pårørande må vere trygge på at pasienten får nok hjelp. Her må sjukepleiar ha ein open dialog og eit godt samarbeid med pårørande for å avklare kva dei treng hjelp og eventuelt veiledning til. For å kunne samarbeide med pårørande må sjukepleiar gi støtte, veilede og undervise pårørande når dei har behov for det (ibid). Vi ser at det er viktig at pårørande har god støtte, veiledning og informasjon i sjukepleiar når pasienten er døyande. Som forskninga peikar på, opplevde sjukepleiar at det var utfordrande å samarbeide med pårørande når pasienten var i den palliative fasa. Evna til å skape ein god relasjon er viktig i nær sagt eit kvart forhold til pasientar og pårørande. Relasjonen kan vere avgjerande for behandlingresultatet. Mykje tyder på at evna til å lytte, til å forså den andre og til å skape god kontakt og allianse, er ein viktig og ofte avgjerande faktor for å motivere for endring og utvikling (Eide og Eide 2012). Om relasjonen mellom sjukepleiar, pasient og pårørande er god, trur vi at det vil verte enklare å samarbeide med pårørande i den palliative fasen. For om ein har tillit til kvarande, er det enklare for alle partar å ta opp dei tunge og vanskelege spørsmåla knytt til den døyande pasienten. Fjørtoft (2012) skriv at samhandling med pasientar er grunnleggande i sjukepleien. Hjelperolla gjeld både makt og ansvar i møte med pasienten.

Som profesjonelle sjukepleiarar må ein bruke samtale målretta, for å få kontakt. Samtale er verdifullt på den måten at pasienten får moglegheit til å verte sett og høyr, samt for å dele tankar og følelsar. Sjukepleiar må legge til rette for ein god samtalesituasjon, og våge å vere til stades (ibid). Som Martinsen skriv i sitt rasjonelle omsorgsbegrep, tek ho utgangspunkt i at menneske er avhengige av kvarandre, at sjukepleiar må handle på den måten at alle får same moglegheit til eit godt liv (Brodtkorb 2011).

Om vi som sjukepleiarar klarer å legge til rette for den gode samtalen kan dette føre til at pasienten får vere med på å bestemme, og ha ei mening om kva som skal skje. Vi har ansvar for at alle skal ha moglegheit til eit godt liv, dette må vi også legge til rette for til den døydande pasient. Om dette ikkje blir gjort kan det vere at sjukepleiar overser behovet for til dømes auka smertelindring.

5.2.4 Sjukepleiar sine erfaringar med smertelindring i forhold til kartleggingsverktøy i palliativ fase.

Larsen og Knudsen (2013) oppgav i eit studie gjort ved mange institusjonar, at sjukepleiarane ikkje brukte system for kartlegging av smerter, ved hjelp av kartleggingsverktøy. Kun eit fåtal hadde brukt hjelpemiddel som ESAS.

Verschuur, Groot og Sande (2014) skriv at ein sjukepleiar uttalte seg om at viss kartleggingsverktøy hadde vorte teke i bruk, ville dette ført til betre kommunikasjon og samarbeid med legen. Dessverre brukte berre eit fåtal av sjukepleiarane slike verktøy. I studie gjort av Torvik m.fl (2015) fann dei ut at kartleggingsverktøy vart sjeldant eller aldri brukt, både ved sjukeheim og heimebasert omsorg. Dei brukte standardiserte spørsmål, dette vart brukt mindre i heimebasertomsorg enn ellers. Observasjonsskjema vart heller ikkje teke i bruk nokon stad. Dei hadde lite trening og erfaring med desse verktøya. Molnes (2014) oppgir at sjukepleiarar brukar sjeldent kartleggingsverktøy for å vurdere pasienten si oppleving av smerter. Tre av ti sjukepleiarar hadde nytta ESAS som kartleggingsverktøy.

Kartlegging og behandling av smerter med eldre er komplekst. Det er mange forhold ein må ta hensyn til, ved planlegging av smertekartlegging. Målet er å lindre smerte, betre livskvalitet og funksjonsnivå til den enkelte (Bjørø og Torvik 2010). Eit godt fungerande tverrfagleg team, som samarbeidar tett med pasient og pårørande, er avgjerande for vurdering og behandling av smerter. Legen har ansvar for utredning av smerte, og

sjukepleiaren har ei sentral rolle i arbeidet med smerter. Sjukepleiar er den som brukar mest tid hjå pasienten, og har ei unik moglegheit til å observere pasienten. Sjukepleiar har ansvar for å kartlegge smertene, og iverksette tiltak som kan lindre smerte. Ei viktig sjukepleieoppgåve er å formidle observasjonar til andre i det tverrfaglege teamet. Det er viktig å velje kartleggingsverktøy ut i frå den kognitive og funksjonelle evna til pasienten, samt eit skjema pasienten føler seg trygg på. Det er viktig å følge same skjemaet heile vegen, slik ein kan sjå forandringar ved smertene til pasienten (ibid).

Vi tykkjer at det er overraskande at kartleggingsverktøy blir så lite brukt ifølgje studia. Dette fordi desse gir unike mogleigheiter til å kartlegge smertene pasienten har over tid. Det vil kunne hjelpe sjukepleiar med å vurdere smertelindring og intensiteten av smerter. Det er ikkje alle pasientar som klarer å utrykke smertene sine verbalt, desse kan falle mellom om dette ikkje vert teke i bruk. I teorien til Bjørø og Torvik (2010) står det klart at det er sjukepleiar si oppgåve å kartlegge og observere smerter, slik at ein kan rapportere til lege om pasienten treng auka smertelindring. Dette trur vi også vil hjelpe på kommunikasjon og samarbeid med anna fagpersonalet, sidan ein får det dokumentert, då er det enklare for lege å tilpasse smertelindrande behandling. Ein må vurdere den enkelte pasient individuelt og tilpasse kartlegginga der etter.

5.3 Konklusjon

I denne oppgåva var målet vårt å belyse sjukepleiar sine erfaringar med smertelindring til pasientar i palliativ fase. Etter hjelp ved systematiske litteratursøk sat vi igjen med åtte artiklar som beskriv erfaringar sjukepleiarar har ved palliativ smertelindring. Vi fann resultat som vi sette saman til fire hovudkategoriar.

Resultata innan kunnskap og kompetanse viste forskninga nesten einzijdig svar på for lite og manglande kompetanse og kunnskap. Vi trur at om den enkelte arbeidsplass drøftar utfordringane med leiinga og kan sette i gang tiltak som til dømes; hospitering, kursing, fagutviklingsprosjekt og innhenting av spesialistar, vil ein kunne auke kompetanse og kunnskap på arbeidsplassen. Dermed kan ein auke kvaliteten på smertebehandlinga til den døyande. I helsevesenet er det kjent at tid er ein knappheitsressurs. Forskninga peikar på at mangel på personale og tid er faktorar som spelar sær inn på den lindrande behandlinga til den døyande pasient. Forskning viste også at lindringa av smerte ofte var påverka av bemanning og tid. Vi trur at om sjukepleiarar fordelar ressursane på arbeidsplassen etter behovet til pasientane, og at personalet organiserar og samarbeida godt seg i mellom, samt

tilpassar seg kvarandre sine arbeidsoppgåver, vil det kunne bli lettare å lindre smerter til døyande. Dette for å få nytta ressursane på best mogeleg vis. Leiinga må vere godt kjent med situasjonen på arbeidsplassen, då det til tider er heilt avgjerande at dei set inn ekstra bemanning, spesielt ved pasientar i palliativ fase. Noko som også går igjen i forskninga i fleire av artiklane og som er nemt i fleire av hovudkategoriane våre er forholdet mellom sjukepleiar og lege. Samhandlinga mellom sjukepleiar og lege kan vere heilt avgjerande for kvaliteten på smertelindringa til pasienten i den palliative fasen. Skal sjukepleiarane verte trygge på å administrere sterke smertestillande preparat, er det heilt naudsynt med ein god relasjon til behandlande lege. Begge yrkesgrupper må ha forståelse og respekt for kvarandre sine perspektiv og ansvarsområder. Både av egne erfaringar, det pensumlitteraturen- og det litteraturstudiene peika på, at det er mange og til dels store utfordringar knytt til smertelindring i den palliative fasen. I resultatdelen av kartleggingsverktøy uttalte sjukepleiarane at slike verktøy sjeldan eller aldri vart tekne i bruk. Vi ser at for å ta i bruk slike verktøy er det avgjerande at sjukepleiar er kjend med- og veit korleis ein håndterer slike. Kartlegginga må gjerast ut i frå den enkelte pasient sine behov, som avheng av den kognitive statusen til den palliative pasienten. Dette verktøyet kan hjelpe sjukepleiar til å observere smerte betre over tid, og det kan hjelpe pasienten til å sette ord på korleis han har det. Pasientar som ikkje klarer å gi utrykk for kor smertefullt dei har det i form av ord, kan eit slik skjema sette lys på korleis pasienten faktisk har det ut i frå andre teikn som kan bidra til å optimalisere smertelindringa.

For vidare forskning håpar vi det vert meir fokus på smertelinding og palliasjon som éitt tema, då mange studier innan palliasjon dreier seg om tema som til dømes livskvalitet og meisting. Sidan smerter i den palliative fasen kan vere ein så stor del av kvardagen til mange pasientar, er dette eit tema som burde bli sett meir søkelys på. Målet må vere at døyande oppnår mest mogleg smertefri avsluttning på livet. Vi håper også palliasjon i heimebasert omsorg vert meir skildra, då vi ser på dette som eit tema som kjem til å verte meir og meir relevant i åra framover.

6.0 Litteraturliste

Andre, B., Ringdal, G. (2015) Sykepleie og helsefremming blant pasienter i palliativ omsorg. *Klinisk Sygepleje*. 29(2) s.62-73

Brorson, H. Plymoth, H. Örmon, K. Bolmsjø, I. (2014) Pain relief at the end of life: nurses experiences regarding end of life pain relief in patient with dementia. *Pain management nursing*. 15 (1). S: 315-323.

Bjørk, I. Og Solhaug, M (2008). *Fagutvikling og forskning i klinisk sykepleie – en ressursbok*. 1 utgave. Akribe AS.

Bjøro, K og Torvik, K (2010) Smerte. Kirkevold, M, Bordtkorb, K, Ranhoff, A. (red) I *Geriatrisk sykepleie – God omsorg til den gamle pasienten* 1.Utgave. Gyldendal Norsk Forlag AS. S. 336-339.

Bjørndal, A. Gjerberg E. (2007) Hva er en god død i sykehjem. *Sykepleien forskning*. 2 (3) S.174-180.

Brodtkorb, K. (2011) Yrkesetikk. Holter, I. Og Mekki, T (red.) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie. Sykepleieboken 1*. 4 utgave. Akribe AS. S. 309-310

Dalland, O. (2013) *Metode og oppgaveskriving*. 5.utgave. Gyldendal Norsk Forlag AS.

Eide, H og Eide, T. (2012) *Kommunikasjon i relasjoner – samhandling, konfliktløsning, etikk*. 2 utgave. Gyldendal Norsk Forlag AS.

Fjørtoft, A. (2012) *Hjemmesykepleie – ansvar, utfordringer og muligheter* 2. Utgave. Fagbokforlaget.

Forsberg, C. Wengström, Y (2013) *Att göra systematiska litteraturstudier*. 3.utgave. Stockholm: natur og kultur.

- Granheim T., Raaum, K., Christophersen K., Dihle A. (2015) Sykepleiers og studeneters kunnskap og holdninger til smerter og smertelindring hos voksne. *Sykepleien forskning* 10 (4) S. 326-334
- Haugen, D, Jordhøy, M og Hjermsstad, J. (2007) Organisering av palliative tilbud. Kaasa, S (red) I *Palliasjon nordisk lærebok*. 2. Utgave. Gyldendal norsk forlag AS. S. 37
- Holter, I (2011) Sykepleieprofesjonens kjernekompetanse I Holter, I. Og Mekki, T (red.) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie. Sykepleieboken 1*. 4 utgave. Akribe AS. S 145.
- Kaasa, S. (2007) Palliativ medisin- en introduksjon. Kaasa, S (red) I *Palliasjon nordisk lærebok*. 2. Utgave. Gyldendal norsk forlag AS. S. 37
- Kaasa, S (2007) Smertebehandling. Kaasa, S (red) *Palliasjon nordisk lærebok*. 2. Utgave. Gyldendal norsk forlag AS. S.261-263
- Kirkevold, M. (2012) *Sykepleieteorier –analyse og evaluering* 2. Utgave. Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Kim, H (2011) Sykepleieutøvelsen I Holter, I. Og Mekki, T (red.) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie. Sykepleieboken 1*. 4 utgave. Akribe AS. S 172-173.
- Larsen, T., Knudsen, L. (2013). Systemer for å avdekke smerter hos eldre personer i utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjeneste. *Nordisk sykepleje forskning*. 3(4) s. 287-299.
- Likjær, I (2011) Den døende pasienten – døden som sosialt og sosiologisk- biologisk fenomen I Holter, I. Og Mekki, T (red.) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie. Sykepleieboken 1*. 4 utgave. Akribe AS. S 748-749.
- Loge, J. Og Kaasa, S. (2007) Diagnostikk innen palliasjon -en generell innføring. Kaasa, S (red) *Palliasjon nordisk lærebok*. 2. Utgave. Gyldendal norsk forlag AS. S 77-80

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)
(2015) https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30/KAPITTEL_3#KAPITTEL_3 . Hentet 03.05.16

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)
(2015) https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30?q=kommune%20helse#KAPITTEL_7 . Hentet 08.05.16

Mathisen, J (2011). Hva er sykepleie? Virginia Hendersons svar I holter, I og Mekki, T (red) *Grunnleggende kunnskaper i klinisk sykepleie. Sykepleieboken 1*. 4.Utgave. Akribe AS. S.154.

Molnes, S. (2014) Sykepleiers erfaringer med smertelindring til hjemmeboende kreftpasienter. *Nordisk sykeplejeforskning*. 4(3) s. 142-156.

Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen (2015)
<http://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/palliasjon/1.innledning-revidert-2009/definisjon-av-palliasjon>. Hentet 02.05.2016.

Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere – ICNs etiske regler (2011). Norsk sykepleierforbund.

Nesse, J. Og Nordtvedt, F. (1997) *Smertelindring utfordring og muligheter*. 2. Utgave. Universitetsforlaget AS. Oslo

Orvik, A. (2013) *Organistatorisk kompetanse – i sykepleie og helsefaglig samarbeid*. 1 utgave. Cappelen Akademiske AS. Oslo

Rustøen, T. Og Stubhaug, A (2011) Smerter. Knutstad, U (red.) *Sentrale begreper i klinisk sykepleie. Sykepleieboken 2*. Akribe AS. S 138 og156.

Torvik, K., Nordtug, B., Brenne, I., Rognstad, M. (2015) Pain assessment strategies in home care and nursing homes in mid-norway: A cross sectional survey. *Pain Management Nursing*. 16(4) s.602-608.

Vabo, G. (2014) *Dokumentasjon i sykepleie*. 2.utgave. Cappelen Damm AS.

Verschuur, E., Groot, M., Sande, R., (2014) Nurses' perceptions of proactive palliative care: a Dutch focus group study *International Journal of Palliative Nursing*. 20 (5) S. 241-245

Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. (2014). <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17102/Yrkesetiske-retningslinjer>. Hentet 05.05.16.

Referanse Forfatteren/nes etternavn og forbokstav, årstall, navn på artikkel, navn på tidsskrift, vol.nr, utgave nr., sidetall.	Hensikt, problemstilling og/eller forsknings-spørsmål	Metode Utvalg (Sample, participants) Hvor mange har deltatt i studien, hvem er de (inkludering-/eksklusjonskriterier)? Datainnsamling , datacollection – hvordan er data samlet inn? Analyse av data. Hvordan?	Sentrale funn/konklusjon	Relevans for min oppgave
Bjørndal, A. Gjerberg E. ”Hva er en god død i sykehjem”. 2007. Sykepleien forskning. Vol nr 2. Utgave nr.(3) Side 174-180.	Hensikta med studiet var å få større kunnskap om kva som vert beteikna som ”ein god død” og kva forutsetningar som må ligge til grunn.	<p>Eit strategisk utval av fjorten personar med ulik fagbakgrunn, ansett ved fem sjukeheimar i fire helseregionar vart intervjuar om sine erfaringar med sjukeheimspasientar si livsavslutning. Åtte sjukepleiarar, tre hjelpepleiarar, to legar og ein prest deltok.</p> <p>Data vart samla inn ved hjelp av ein intervjuguide med fem opne spørsmål. Studia er kvalitativ. Samtlege hadde meir ein fem års erfaring frå sjukeheim, meir ein halvparten hadde over 10 års erfaring. Dei fleste arbeida på langtidsavdelingar, ein på korttidsavdeling og to på ei palliativ einheit. Dei tok kontakt med sjukeheimar som hadde eit målsetting rundt omsorg ved livets slutt. Dei foretok eit strategisk utval som gav relevante og informasjonsrike svar.</p> <p>Intervjua vart i hovudsak tatt opp på band, i tillegg til utfyllande notat. Dei skreiv intervjua kort tid etter dei var foretatt. Teksta vart sortert, tematisk organisert, fortolka og samenfatta,. Dei presenterar dei mønstra dei identifiserte gjennom ei deskriptiv analyse av dataene.</p>	<p>Informantane framheva fire sentrale tema som må vere tilstades for ein ”god død i sjukeheim”. Dei fire punkta var;</p> <ul style="list-style-type: none"> - God smerte og annen symptomlindring. - Trygghet for å ikkje vere åleine - At pårørende vert godt ivaretatt - Det ikkje iverksettast unødig livsforlengande behandling <p>Samtlege informantar framheva god smertelindring som sær viktig for at dødsfasa skal verte så god som mogleg.</p>	Denne studia er sær relevant for våra problemstilling då den skildrar sjukepleiar sine erfaringar med kva som skal til for å oppnå ei best mogeleg slutfase i livet. Den gir eit godt innblikk i kva som skal til for å kunne lindre smerter og andre symptom i dødsfasa.

Kilderanse Forfatteren/nes etternavn og forbokstav, årstall, navn på artikkel, navn på tidsskrift, vol.nr, utgave nr., sidetall.	Studiens hensikt/mål/ problemstilling	Metode Utvalg (Sample, participants) Hvor mange har deltatt i studien, hvem er de (inkludering-/eksklusjonskriterier)? Datainnsamling, datacollection – hvordan er data samlet inn? Analyse av data. Hvordan?	Resultat/unn	Relevans for min oppgave?
<p>Verschuur, E., Groot, M., Sande, R., 2014. <i>" Nurses' perceptions of proactive palliative care: a Dutch focus group study"</i> International Journal of Palliative Nursing. 20 (5) S. 241-245</p>	<p>Målet med studie var å undersøke sjukepleierens oppfatning og erfaring med identifikasjon av den palliative pasientens problem og behov.</p>	<p>Kvalitativ studie Studie vart gjort i den austlige delen av nederland. Deltakarane var sjukepleiar som jobba innanfor palliasjon på sjukehus eller i kommunalhelsetjenesta.</p> <p>Inklusjonskriteriar: jobbe i kommune eller spesialhelsetenesta. Må ha erfaring innan palliasjon. 19 sjukepleiarar var valt ut til å vere med, 2 deltok ikkje pga personlige hendingar. 11 jobba i kommuna. 5 i sjukehus.</p> <p>To diskusjonsgrupper: Delt opp i fire tema: Starten av palliativ omsorg, Kommunikasjon og veiledning, samarbeid med fastlege, pasientens "advokat"</p> <p>Intervjuguide/analyse: 2 timers intervju, tatt opp på lydopptak. Transkribering av data vart lest fleire gongar for å få eit heilheitsinntrykk før koding vart gjort av to forskarar.</p>	<p>Sjukepleiar la vekt på å få tidlig kontakt med pasientar som var i den palliative fasa for å få oppnå god kontakt å tillit.</p> <p>Hjelpemiddel som scoringskjema som pasienten kan fylle ut sjølv. Dette er med på å avdekke symptom som smerter. Det vart opplevd at fåtalet av sjukepleiarar brukte dette.</p> <p>For at sjukepleiar skal klare å identifisere problem og symptom er utdanning, erfaring, faglig utvikling og tverrfaglig samarbeid viktig. Dei legg vekt på at tverrfaglig samarbeid er spesielt viktig for å gi best mogleg pleie til pasienten.</p> <p>Sjukepleiar må bli sett på som likesinna av lege, dette var viktig for å bli tatt seriøst. Yngre sjukepleiarar opplevde å ikkje bli tatt på alvor. Dette kjem då i vegen for pasienten si pleie.</p> <p>Alle følte på å vere pasientens "advokat" der dei kjempa pasienten sin sak. Det var det pasienten ynskja som skulle stå i fokus</p>	<p>Denne artikkelen belyser erfaringar og utfordringar sjukepleiar står ovanfor med å avdekke symptom og plager som pasienten kan ha i den palliative fasa.</p>

Referanse	Studiens hensikt/mål/ problemstilling	Metode	Resultat/funn	Relevans for min oppgave?
<p>Forfatteren/nes etternavn og forbokstav, årstall, navn på artikkel, navn på tidsskrift, vol.nr, utgave nr., sidetall.</p> <p>Molnes, S. 2014. "Sykepleiers erfaringer med smertelindring til hjemmeboende kreftpasienter" Nordisk sygeplejeforskning 4 (3) s.142-156</p>	<p>Hensikta med denne studia var å sette søkelys på smertelindring til heimebuande kreftpasientar, korleis sjukepleiar beskriv sin eigen praksis knytt til smertelindring hjå heimebuande og kva dei etterlys av spesial kompetanse i arbeid med pasientgruppen for å ivareta eigen tryggleik.</p>	<p>Kvalitativ metode Sjukepleiar skal få formulere sine egne erfaringar i praksis. Eit utforskande design.</p> <p>Brev utsent til tre forskjellige omsorgsdistrikt i midt-Noreg. Distrikstleiarar hjalp til med å finne respondentar som hadde erfaring med lindrande smertebehandling til HBO-pasientar</p> <p>Inklusjonskriterier: måtte ha jobba i heimebasert omsorg minst eit år. 10 sjukepleiarar deltok i studie.</p> <p>Data vart samla inn ved individuelle intervju. Lydopptak benytta i intervjuet. Data vart transkribert, alt vart skreve ned på bokmål for anonymisering. Analysen tek utgangspunkt i thagaards temasentrerte analysestrategi</p> <p>Studie er godkjent av Norsk samfunnsvitenskaplige datatjeneste</p>	<p>Sjukepleiarane hadde eit stort ynskje om faglig oppdatering men sa sjølv at dei ikkje hadde anledning til dette – dei hadde også etterlyst fagutvikling i lengre tid frå arb.plassen.</p> <p>Lite kursing pga manglande kompetanse innad i kommunene.</p> <p>Nokon opplevde at det vart ekstra belastande hjå andre, då dei prøvde å oppdatere seg faglig i arbeidstida. Kulturen til dette er ikkje på arb.plassen</p> <p>Fem av sjukepleiarane hadde hospitert ved kreftavdeling der dei opplevde dette positivt, der var alltid nokon å rådføre seg med, her var det også rom for fagleg diskusjon.</p> <p>Det var for lav bemanning i HBO i forhold til tyngden av pasientane. Nokon fikk ikkje den oppfølginga dei hadde behov for.</p> <p>Holdninga til dei ansatte spelte ei stor rolle i det å gi smertelindring.</p> <p>Nokon sjukepleiarar vegra seg for å gi morfin som smertelindring. Sjukepleiar benytta skjeldent kartleggingsverktøy for å kartlegge symptom. Sjukepleiar la vekt på viktigeita ved tverrfaglig samarbeid og at epikrise var med ved utskriving.</p>	<p>Denne artikkelen belyser utfordringar sjukepleiar i heimebasert omsorg står ovanfor når dei har pasienter som treng kontinuerlig smertelindring og tilsyn. Den ser også på kva som må ligge til rette for at dette skal vere mogleg, men også kva som gjer dette vaneleg.</p>

Referanse	Studiens hensikt/mål/ problemstilling	Metode	Resultat/funn	Relevans for min oppgave?
<p>Forfatteren/nes etternavn og forbokstav, årstall, navn på artikkel, navn på tidsskrift, vol.nr, utgave nr., sidetall.</p> <p>Andre, B., Ringdal, G., 2015. <i>"Sykepleie og helsefremming blant pasienter i palliativ omsorg"</i> Klinisk Sygepleje 29 (2) s.62-73</p>	<p>Problmenstillinga til studiet var: Korleis kan eit helsefremjande perspektiv brukast til å styrke sjukepleiar si kompetanse innan palliativ omsorg?</p>	<p>Ein review artikkel. Den har søkt på faglitteratur og tidlegare forskning. Oppsummerer tidlegare epirisk eller teoretisk litteratur for å gi ein meir fullstendig forståing av eit bestemt fenomen eller helsemessig problem. Dette kan styrke sjukepleie som vitskap til teoriutvikling og innvie forskning.</p> <p>Inklusjonskriterier: Helsefremmjande perspektiv i sjukepleie, sjukepleiar si kompetanse innan palliasjon, helsefremjande perspektiv i den palliative omsorgen. Studie som ikkje var relatert til sjukepleie og palliativ omsorg og helsefremming vart ekskludert.</p> <p>Søket er foretatt i databasene: pubmed, google scolar, ISI web og knowledge med desse søkeorda: Palliative care/heath, Promotion/nursing/psychology/home death.</p> <p>Analysen av artiklane.10 stk inifriddde inklusjonskriteriene. Dei vart skrivne ut og studert nøye. Målet var å identifisere felles fenomen relatert til den gode død, og utfordringar eller tiltak. Ei kvalitativ tilnerming er brukt i analyse for å kunne finne ei meining og samanheng hjå artiklane.</p>	<p>Ved sjukdom kan heimen opplevast som ein trygg og kjend stad. Det visast at fleire døyande ynskjer å døy heime. Dette vil vere utfordrande kommunehelsetjenesta å drive aktiv lindrande behandling i heimen. Dette vil kreve god organisering og kompetanse. Dette blir ikkje alltid oppfylt og det pga mangel på ressursar og tryggleik.</p> <p>Pasientar med ein uhelbredelig sjukdom og kort forventa levetid har ei rekke med plager og symptom. God behnalding still store krav til pleie og medisinsk kompetanse.</p> <p>Det vil vere behov for godt tverrfaglig samarbeid.</p> <p>Fastlege og sjukepleiar må vere tilgjengelige for pasient og pårørande, noko som ikkje alltid er like lett.</p>	<p>Denne artikkelen belyser forhold som må ligge til rette for å kunne døy heime. For at dette skal vere mulig må tiltak som tilstrekkelig symptomlindring oppfylast på ein god måte. Studie er relevant sidan det peikar på korleis sjukepleiarens helsefremmande perspektiv brukes til å styrke kompetansen innan den palliative omsorgen.</p>

Referanse	Studiens hensikt/mål/ problemstilling	Metode	Resultat/funn	Relevans for min oppgave?
<p>Forfatteren/nes etternavn og forbokstav, årstall, navn på artikkel, navn på tidsskrift, vol.nr, utgave nr., sidetall.</p> <p>Torvik, K., Nordtug, B., Brenne, I., Rognstad, M., 2015. <i>"Pain assessment strategies in home care and nursing homes in mid-norway: A cross sectional survey"</i> Pain Management Nursing 16 (4) s.602-608.</p>	<p>Målet med dette studie var å utforske bruken av smerte vurdering og strategier (verbalt, observasjonar, skjema med skala og standardiserte spørsmål) i heimetjeneste og sjukeheim.</p>	<p>Eit beskrivande tverrsnittstudie. Alt helsepersonell i heimesjukepleie og sjukeheim frå 11 tilfeldig utvalte kommuner i Midt-Noreg vart bedt om å fylle ut eit spørreskjema. Data var smala inn i ei av vekene i Mai 2012. Tre fylker var med: nord-trøndelag, sør- trøndelag og Møre og Romsdal. Ei kommune vart trekt fra dei tre fylka.</p> <p>Datasamling: Spørreskjema vart tatt i bruk. Skjema vart basert på eit studie gjort av akutte smerter i sjukehus. Nokon av elementa av dette skjemaet blei valgt ut. Skjemaet vart endra på. Analyse: Programmet som vart brukt innan statistikk for analyse var SPSS for windows.</p> <p>Respondentane vart bedt om å rapportere bruken av smertestillande og bruk av instrument for å kartlegge smerter. Dei vart også bedt om å rapportere oppfattelsen av deira eiga kompetanse innan smertelindring. Norsk samfunnsvitenskaplig datatjeneste godkjente studie.</p> <p>406 spørreskjemaer vart besvart. 14 av dei vart ekskludert. 8 var frå legar og 6 var frå ansatte som jobba både i HBO og på sjukeheim. 271 jobba i sjukeheim og 121 i HBO.</p>	<p>Verktøy for å vurdere smerter vart sjeldant brukt.</p> <p>Dei som jobba på sjukeheim brukte dette mindre enn dei som jobba i heimebasert omsorg.</p> <p>Heimesjukepleia brukte standardiserte spørsmål oftare.</p> <p>Heimesjukepleia si vurdering av eiga kompetanse for pasienten sin totale smerteoppleving var mykje mindre enn dei som jobba på sjukeheim. Dei som jobba på sjukeheim vurderte si kompetanse på smertelindring betre.</p> <p>Dei som jobba i heimebasert omsorg hadde høgare utdanningsnivå samanlikna med dei som jobba på sjukeheim.</p> <p>Fleire av dei som jobba i bade heimebasert omsorg og sjukeheim hadde vidareutdanning innan geriatrisk sjukepleie, kreftsjukepleie og smertelindring.</p>	<p>Denne artikkelen skildrar manglar i eldreomsorga, og spesielt ved temaet smertelindring. Det kjem fram at dei fleste ikkje brukar kartleggingsskjema for å avdekke smerter..</p> <p>Heimesjukepleia vurderer si kompetanse som logare enn dei som jobbar på sjukeheim. Dette seier noko om manglande tilstrekkelighet i heimesjukepleia.</p>

Referanse Forfatteren/nes etternavn og forbokstav, årstall, navn på artikkel, navn på tidsskrift, vol.nr, utgave nr., sidetall.	Studiens hensikt/mål/ problemstilling	Metode	Resultat/funn	Relevans for min oppgave?
<p>Granheim T., Raaum, K., Christophersen K., Dihle A., 2015. <i>"Sykepleiers og studeneters kunnskap og holdninger til smerter og smertelindring hos voksne"</i> Sykepleien forskning 10 (4) S. 326-334</p>	<p>Hensikta med studia var å auke kunnskap om sjukepleiarar og sjukepleiarstudent sin kunnskap og holdningar til smerte og smertelindring hjå vaksne.</p>	<p>Eit tversnittstudie der data vart samla inn ved hjelp av den norske versjonen av kartleggingsverktøyet Nurses Knowledge and attitudes survey regarding pain. Dette inneheld 39 spørsmål som omhandlar smertehandtering og smertelindring. 200 Sjukepleiarar og sjukepleiarstundetar var inkludert i studie. Det var 114 sjukepleiarar som jobba på kirurgisk sengepost og 86 studentar som var på sitt siste år i utdanning. Analyse: Deskriptiv statistikk vart benytta for å analysere bakgrunnsdata.</p> <p>Skjemaet som vart brukt testar kunnskap og holdningar. Skjemaet krevjer eksakte svar.</p> <p>Det tok 20-25 min å fylle ut skjemaet. Antall poeng ein kan få er 39. 165 svarte på spørjskjemaet. Sjukepleiarar hadde arbeidserfaring på gjennomsnitt 7 år. Fire var kliniske spesialistar. Ni hadde spesialutdanning og ein begge deler.</p>	<p>Både sjukepleiar og sjukepleiarstudent hadde gode kunnskapar om smertelindring på nokre områder.</p> <p>Det var også eit gap hjå teoretisk kunnskap og praktiske handlingar, dette vart synleggjort innan 2 pasienthistoriene.</p> <p>Det viser at det er behov for å auke kompetanske om smertehandtering.</p> <p>Studia avslørte at sjukepleiar og student hadde betre teoretisk kunnskap, enn det dei praktiserte ovenfor pasientar med smerter. Dette viser at holdning må endrast og meir kunnskap må til. Spesielt må dei fornye og ha betre kunnskap om opioider.</p> <p>Sjukepleiar og student må ta meir hensyn til det pasienten uttrykker.</p>	<p>Denne artikkelen er relevant for våra problemstilling då den belyser sjukepleiar og sjukepleiarstudent sine erfaringar knytt til kunnskap og holdningar til smerte og smertelindring til vaksne mennesker. Sjølv om studia ikkje er spesifikk innanfor smertelindring i palliativ fase, er den sær relevant då den belyser erfaringar knytt til å gi smertelindrane behandling. Samt auke kunnskapen rundt dette.</p>

Referanse Forfatteren/nes etternavn og forbokstav, årstall, navn på artikkel, navn på tidsskrift, vol.nr, utgave nr., sidetall.	Studiens hensikt/mål/ problemstilling	Metode	Resultat/funn	Relevans for min oppgave?
<p>Brorson, H. Plymouth, H. Örmon, K. Bolmsjø, I. 2014. "Pain relief at the end of life: nurses experiences regarding end of life pain relief in patient with dementia." Pain management nursing. 15. (1). S-315-323.</p>	<p>Målet med dette studie var å beskrive sjukepleiar erfaring med den palliative fasa og smertelindring i denne hjå pasientar med demens.</p>	<p>Eit beskrivande utforskande kvalitativ tilnerming vart brukt. Inklusjonskriterier: Dei måtte vere sjukepleiarar, jobbe kun på denne eininga og ha erfaring med situasjonar som inngår i palliativ behandling og smertelindring for pasientar med demens. Sju valgte å delta, to valgte ikkje å delta. Alle var kvinne i alder av 26-52 år. Ein hadde 1 års erfaring. Dei andre varierte med 6-25 års erfaring. To av sjukepleiarane hadde spesialutdanning hadde spesialeutdanning innan eldreomsorg og psykiatri. Ingen av sjukepleiarane hadde nokon form for formell opplæring innan palliasjon eller smertelindring. Halvstrukturert intervjueteknikk med åpne spørsmål. Dette fungerte som ein guide for intervjuet. Gjort i privat rom. Lydopptak vart gjort på 30-40 min. Det vart transkribert. Forskarane utveksla dette mellom seg. Det vart delt opp i kategorier. Dei kom fram til to hovedkategorier. Burnards innholdsanalyse vart brukt for dataanalyse. Passande for semistrukturerte intervju.</p>	<p>Alle sjukepleiarar var einige om at lidelse bør lindrast så langt det let seg gjere. Nesten alle sjukepleiarane hadde problem med å skaffe tilstrekkelig med smertestillande på eit tidspunkt. Dei opplevde at reseptar på dette kom seint, dette fører til at pasienten har smerter lenger enn naudsynt.</p> <p>Sjukepleiarane opplevde ofte at legar ikkje hørte eller lytta til dei, når dei meinte at pasienten ikkje var tilstrekkelig smertelindra. Dei opplevde at dei måtte be og tigge, sjøl då var det ikkje alltid det vart rekvirert meir smertestillande. Sjukepleiarane meinte at dette kunne kome av at legen ikkje tilbrakte like mykje tid med pasienten som dei gjer. Dei opplevde då frustrasjon over å ikkje kunne hjelpe pasienten.</p> <p>Sjukepleiar meinte at deira erfaring og kunnskap hadde noko å sei for diskusjonen om auke av smertelindring. Dei opplevde at nye sjukepleiarar var redde for å spørre legen. Dei meiner at dette utgjer ein risiko for pasienten.</p> <p>Sjukepleiar uttrykte at dei ikkje hadde nokk kompetanse på dette område. Dei etterlyste ekspertar, å stilte spørsmål om kvifor dei ikkje vart kontakta.</p>	<p>Denne artikkelen skildrar utfordringane sjukepleiar har med å smertelindre ein pasient tilstrekkelig i den palliative fasa. Det kjem også fram at kompetanse og kunnskap er viktige grunnlag for å få til dette. Den ser på erfaringane sjukepleiarane har i samarbeid med legar, som er ein stor faktor for at pasienten skal få nok smertelindring.</p>

Referanse Forfatteren/nes etternavn og forbokstav, årstall, navn på artikkel, navn på tidsskrift, vol.nr, utgave nr., sidetall.	Hensikt, problemstilling og/eller forsknings-spørsmål (Aim)	Metode Utvalg (Sample, participants) Hvor mange har deltatt i studien, hvem er de (inkludering-/eksklusjonskriterier)? Datainnsamling , datacollection – hvordan er data samlet inn? Analyse av data. Hvordan?	Sentrale funn/konklusjon	Relevans for mi oppgave.
Larsen, T., Knudsen, L., (2013). <i>”Systemer for å avdekke smerter hos eldre personer i utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjeneste.”</i> Nordisk sygeplejeforskning 3 (4) s. 287-299.	Hensikta med dette studiet var å beskrive system av prosedyrer og rutiner for å avdekke smerte i verksemda med utviklingscenter for sjukeheim og heimetjeneste	Studiet vart gjennomført i eit strategisk utval av utviklingscenter for sjukeheim og heimeteneste i 2011. Utviklingscenter vart valt fordi eit av måla var å utvikle fag- og tenesteutvikling. Informasjon vart sendt til leiarane for 16 verksamheter i 8 kommunar. Undersøkelsen vart besvart av 10 institusjonar og 4 heimeteneste. Deltakarane er i hovudsak sjukepleiarar, hjelpepleiarar og legar. Spørreskjema er analysert statistisk (SPSS) Frekvensanalyse med presentasjon i antall og prosent er brukt. Studia er ei deskriptiv tverrsnittstudie der kartlegging skjer ved hjelp av spørreskjema med preformulerte og opne spørsmål. For samanlikning av verksamheter er krysstabellar vorte nytta. Prosjektet er meldt til Norsk samfunnsvitenskapleg datatjeneste. Etter godkjenning fra NSD.	Studien fokuserer på system av prosedyrer for arbeid med smerteproblematikk i utvalte verksamheter med utviklingscenter for sjukeheim og heimetenester. Funna viser at smerte hjå eldre pasienter i USHT-ene blir avdekket, men at det ikke arbeides systematisk med dette. USHT-verksamheitene har mangelfulle system for kartlegging og oppfølging av smerteproblematikk. Kartleggingskjema i fleire av verksamheitene er ikkje implementert som ein del av eit kvalitetssystem.	Denne studia er relevant for våra bacheloroppgåve fordi den er basert på sjukepleiar og andre helsepersonell sine erfaringar ved prosedyrer og rutiner for å avdekke smerter til eldre pasientar.

Søkeord	Dato	Database	Antall treff	Leste abstrakte	Leste artikkelar	Inkluderte artikkelar
Palliasjon, død	26.04.16	Sykepleien.no	3	2	2	Hva er en god død i sykehjem?
Smertelindring og sykepleie	14.03.16	Svemed+	25	9	5	Sykepleiers erfaringer med smertelindring til hjemmeboende kreftpasienter
Smertelindring til døende	15.03.16	Idunn	11	3	2	Sykepleie og helsefremming blant pasienter i palliativ omsorg.
Sykepleiers holdning til smerte	16.03.16	Sykepleien.no	2	1	1	Sykepleieres og studenters kunnskap og holdninger til smerte og smertelindring hos voksne.

Palliasjon og smerter	15.03.16	Idunn	6	3	1	Systemer for å avdekke smerter hos eldre personer i utviklingscenter for sykehjem og hjemmeteneste.
Nursing, pain and homecare	20.04.16	Cinahlcomplete	37	10	3	Pain assessment strategies in home care and nursing homes in mid-Norway: a cross-sectional survey.
Palliative care, Nurses perception, Pain	14.03.16	Cinahlcomplete	9	6	2	Nurses perception of proactive palliative care: a dutch focus group study

Palliative care and pain, nurses experiance	27.04.16	Cinahlcomplete	30	6	2	Pain Relief at the End of Life: Nurses' Experiences Regarding End-of-Life Pain Relief in Patients with Dementia
---	----------	----------------	----	---	---	---