

SPL3903 BACHELOROPPGAVE I SYKEPLEIE:

# La meg få være hjemme!

-hjemmesykepleiers utfordringer med smertelindring til  
palliative kreftpasienter

FORFATTERE: EVA THERESE JOHNSEN 131542

ANNA BALCH FJALESTAD 140723

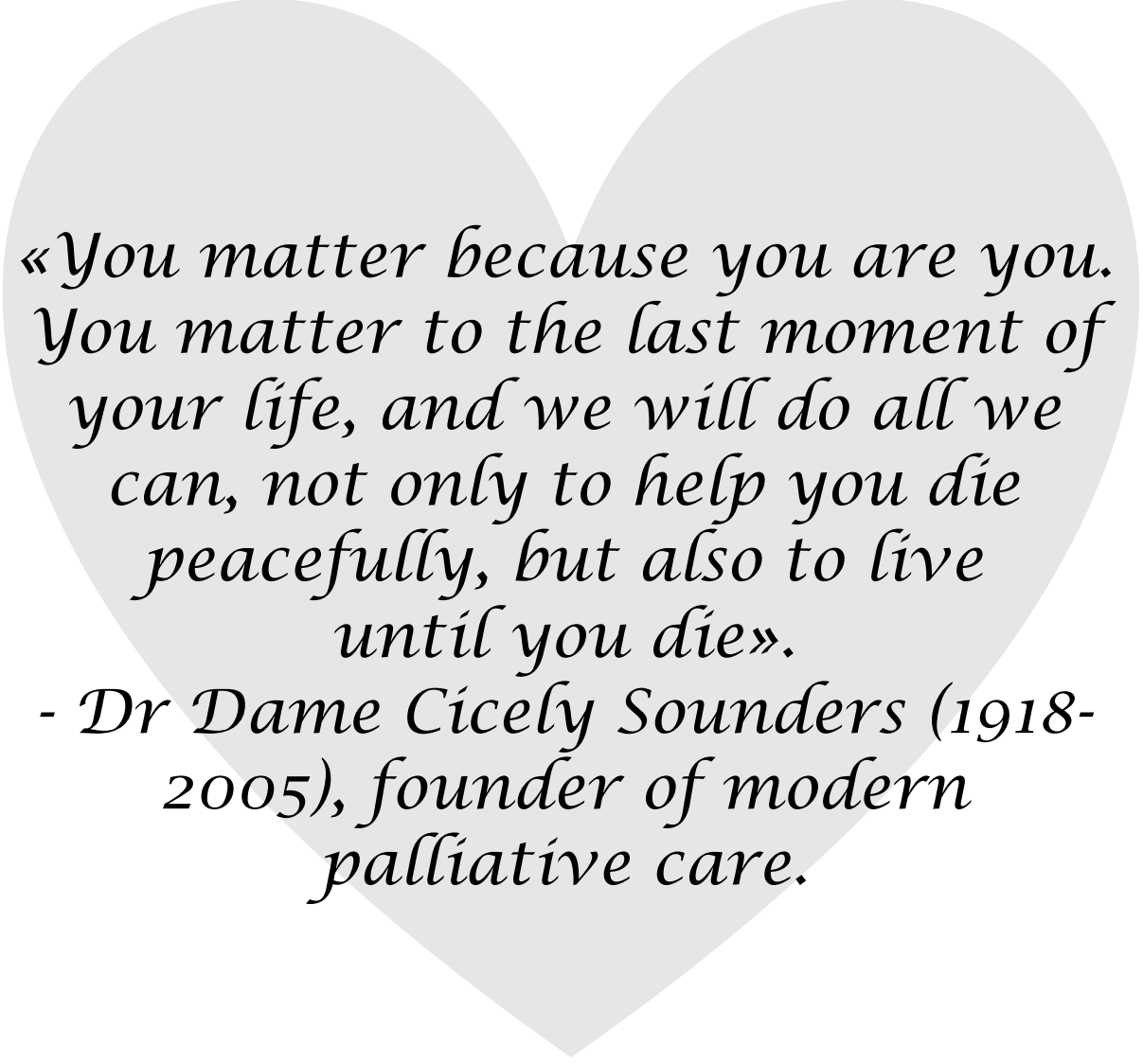
Dato: 18.05.18

## SAMMENDRAG

|  |   |                                |
|--|---|--------------------------------|
| Tittel:  | <u>La meg få være hjemme!</u><br><u>-Hjemmesykepleiers utfordringer med smertelindring</u><br><u>til palliative kreftpasienter.</u> | Dato: 18.05.19                 |
| Deltaker(e)/   | <u>Eva Therese Johnsen</u><br><u>Anna Balch Fjalestad</u>   |                                |
| Veileder(e):   | <u>Nina Beate Andfossen</u>   |                                |
| Evt.<br>oppdragsgiver:   |   |                                |
| Stikkord/nøkkel<br>ord<br>(3-5 stk.)   | Smertelindring, hjemmesykepleie, palliasjon, kreft  |                                |
| Antall sider/ord: 44/9736  | Antall vedlegg: 1   | Publiseringsavtale inngått: Ja |
| Kort beskrivelse av bacheloroppgaven:  |   |                                |
| <p><b>Bakgrunn:</b> Ved langtkommen kreftsykdom oppgir 70-80% av pasientene at de har smerter som trenger behandling. Smerter er en ubehagelig sensorisk og følelsesmessig opplevelse assosiert med faktisk eller potensiell vevsskade. Mange av disse pasientene blir på slutten av livet behandlet hjemme av hjemmesykepleien. Palliativbehandling er lindring av pasientens fysiske smerter og andre symptomer. Tiltak rettet mot psykiske, sosiale og åndelige/eksistensielle problemer er også viktig. Målet er best mulig livskvalitet for pasient og pårørende.</p> |   |                                |
| <p><b>Hensikt:</b> Det er mange faktorer som er avgjørende for hvordan sykepleier kan gi god smertelindring til kreftpasienter i palliativ fase. Derfor har vi kommet frem til problemstillingen: Hvilke utfordringer møter hjemmesykepleier ved smertelindring til kreftsyke palliative pasienter?</p>  |   |                                |
| <p><b>Metoden:</b> Bacheloroppgaven er en litteraturstudie. Seks vitenskapelige artikler ble inkludert etter gjennomført litteratursøk i databasene Medline, Embase og Swemed.</p>   |   |                                |
| <p><b>Resultat:</b> Litteraturstudien identifiserer syv utfordringer som sykepleier møter ved palliativ smertelindring i hjemmet. Utfordringene er: kunnskap og utdanning, kartleggingsverktøy, tid og ressurser, helhetlig tilnærming, samhandling, utfordringer med pasient og pårørende, og sykepleiers moralske og indre konflikter.</p>   |   |                                |
| <p><b>Konklusjon:</b> Det er flere utfordringer som påvirker smertelindringen. Men den største og viktigste er kunnskap. Mangelen kunnskap påvirker alle utfordringene identifisert i vår litteraturstudie.</p>  |   |                                |

## ABSTRACT

|   |  |   |
|---|--|---|
| <b>Title:</b>   | <u>Let me stay at home!</u><br><u>-Home care nurses challenges with pain management</u><br><u>to palliative cancer patients.</u> | <b>Date:</b> 18.05.18                         |
| <b>Participants/</b>  | <u>Eva Therese Johnsen</u><br><u>Anna Balch Fjalestad</u>  |   |
| <b>Supervisor(s)</b>  | <u>Nina Beate Andfossen</u>  |   |
| <b>Employer:</b>  | _____  |   |
| <b>Keywords</b><br>(3-5)  | <u>Pain management, home care services, palliation, cancer</u>   |   |
| <b>Number of pages/words:</b><br>44/9736  | <b>Number of appendix:</b> 1   | <b>Availability (open/confidential):</b> open |
| <p>Short description of the bachelor thesis:</p> <p><b>Background:</b> At the advanced stage of cancer, 70-80% of the patients report they have pain, needed to be treated. Pain is an unpleasant sensory and emotional experience associated with actual or potential tissue damage. Many of these patients are treated by homecare nurses at the end of life. Palliative care is relief of the patients physical pain and other symptoms. Measures aimed at mental, social and spiritual/existential problems are also important. The goal is the best possible quality of life for patients and family.</p> <p><b>Aim:</b> Many factors that are crucial for how nurses can give good pain management to palliative cancer patients. Therefore, we have come up with this topic: Which challenges are home care nurses facing alleviating pain in palliative cancer patients?</p> <p><b>Method:</b> A literary review that includes six scientific articles after a systematic search in Medline, Embase and Swemed.</p> <p><b>Result:</b> The literary study identifies seven challenges nurses encounters with palliative pain management at home. The challenges are: knowledge and education, pain mapping tools, time and resources, holistic approach, cooperation, challenges with patients and family, and nurses inner moral conflicts.</p> <p><b>Conclusion:</b> There are several challenges that affect pain management. But the biggest and most important is knowledge. The lack of knowledge affects all the challenges identified in our literature study.</p> |  |   |



*«You matter because you are you. You matter to the last moment of your life, and we will do all we can, not only to help you die peacefully, but also to live until you die».*

*- Dr Dame Cicely Saunders (1918-2005), founder of modern palliative care.*

*Figur 1 sitat fra Leiva (2010), formatert av forfattere.*

## **Innholdsfortegnelse**

|  |           |
|--|-----------|
| <b>1.0 Innledning</b>                                    | <b>6</b>  |
| 1.1 Begrunnelse for valg av tema                         | 6         |
| 1.2 Sykepleiefaglig relevans                             | 6         |
| <b>2.0 Bakgrunn</b>                                      | <b>7</b>  |
| 2.1 Smerte   | 7         |
| 2.2 Kreft  | 8         |
| 2.3 Palliasjon   | 9         |
| 2.4 Palliasjonens mor, Cicely Saunders.                  | 10        |
| 2.5 «Total Pain»   | 11        |
| 2.6 Palliativ pleie i hjemmet                            | 11        |
| 2.7 Sykepleiens rolle ved palliativ behandling i hjemmet | 12        |
| 2.8 Brukermedvirkning i palliativ omsorg                 | 13        |
| 2.9 Hensikt  | 14        |
| 2.10 Problemstilling                                     | 14        |
| <b>3.0 Metode</b>  | <b>15</b> |
| 3.1 Litteraturstudie som metode                          | 15        |
| 3.2 Inklusjonskriterier og eksklusjonskriterier          | 15        |
| 3.4 Kvalitativ metode                                    | 17        |
| 3.5 Kvantitativ metode                                   | 17        |
| 3.6 Kritisk vurdering og analyse av resultat             | 18        |
| <b>4.0 Resultatpresentasjon</b>                          | <b>19</b> |
| 4.1 Presentasjon av artiklene                            | 19        |
| 4.2 Sammenfattet resultat                                | 25        |
| <b>5.0 Drøfting</b>                                      | <b>28</b> |
| 5.1 Faglig kompetanse                                    | 28        |
| 5.2 Kartleggingsverktøy                                  | 29        |
| 5.3 Helhetlig tilnærming                                 | 30        |
| 5.4 Tid, tilgjengelighet og ressurser                    | 31        |
| 5.5 Samhandling  | 32        |
| 5.6 Pasientmedvirkning                                   | 33        |
| 5.7 Samarbeid med pårørende                              | 34        |
| 5.9 Metodiske overveielser                               | 35        |
| 5.10 Etske overveielser                                  | 35        |
| <b>6.0 Konklusjon</b>                                    | <b>36</b> |
| <b>7.0 Litteraturliste</b>                               | <b>38</b> |
| <b>Vedlegg 1: Analyse av resultat</b>                    | <b>44</b> |

## **1.0 Innledning**

Antall personer med kreft og antall pasienter i hjemmesykepleien er stigende (Kreftregisteret, 2018; Birkeland og Flovik, 2014). Rundt halvparten av alle kreftpasienter opplever smerter og ved langtkommen kreftsykdom har 70-80% oppgitt at de har smerter som trenger behandling (Lorentsen og Grov, 2010).

I dag vil de fleste av kreftpasientene med inkurabel sykdom bli behandlet av hjemmesykepleien i løpet av sitt palliative forløp. Fordi samhandlingsreformen tilstreber at pasientene skal ha færrest mulig liggedøgn på sykehus, fører dette til at kommunen får mer av pleie, behandling og omsorgsfunksjonen (Birkeland og Flovik, 2014).

Samhandlingsreformens inntog medfører store endringer, som kan få konsekvenser for sykepleiers arbeid i fremtiden (Henriksen, 2012).

### **1.1 Begrunnelse for valg av tema**

I en tid der sykepleiere er en mangelvare i kommunehelsetjenesten, er det viktig å sette fokus på sykepleieren som en stor ressurs i det palliative arbeidet. Hjemmesykepleieren er i en unik posisjon der selvstendighet og bred kunnskap er viktig for utøvelsen av god sykepleie.

Sykepleierens kunnskaper om smertelindring og palliasjon er helt nødvendig for at palliative kreftpasienter skal kunne være hjemme. I gjennom studietiden har vi jobbet som vikarer i hjemmesykepleien, hvor vi har møtt flere pasienter med kreft i ulike faser. Vi har observert at smertelindring er en viktig del av sykepleierens oppgaver i arbeidet med palliative kreftpasienter. Derfor ønsker vi å rette fokuset mot dette i vår bacheloroppgave i sykepleie.

### **1.2 Sykepleiefaglig relevans**

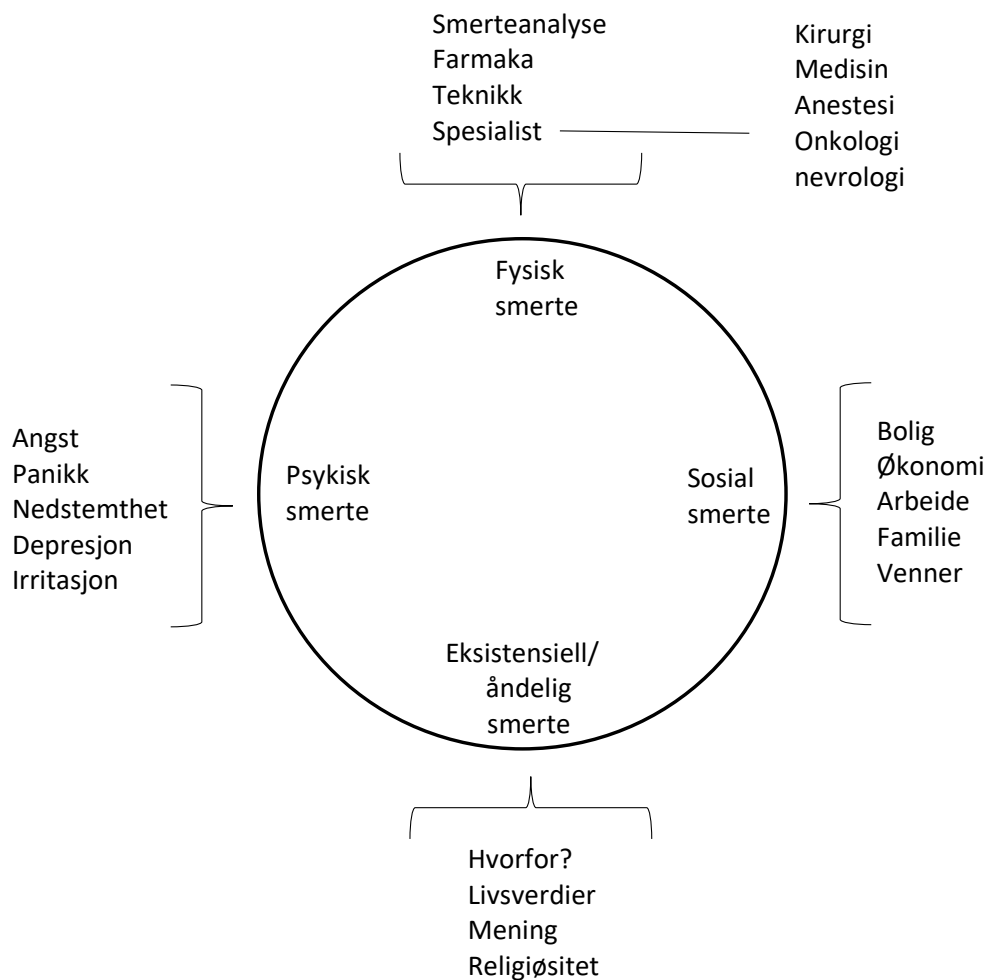
I hjemmesykepleien er sykepleier ofte ansvarlig for vurdering av smerte, og for håndtering og administrering av legemidler. Dette omfatter også observasjoner, vurdering av virkning og bivirkning av legemiddelet (Birkeland og Flovik, 2014). Sykepleier skal lindre lidelse, bidra til en naturlig og verdig død (Norsk sykepleierforbund, 2011; Kunnskapsdepartementet, 2008).

## 2.0 Bakgrunn

Vi vil her gjøre rede for relevant teori og forskning som belyser temaet, og klargjøre sentrale begreper. Tilslutt vil vi presentere hensikten med litteraturstudien og problemstillingen.

## 2.1 Smerte

Smerter er en ubehagelig sensorisk og følelsesmessig opplevelse assosiert med faktisk eller potensiell vevsskade. Smerte er alltid subjektivt (The International Association for the Study of Pain, 2017). Bare den som kjenner smerten kan vite hvordan det føles, intensiteten og varigheten. Det kan være vanskelig for pasienten å forklare smerten, fordi smertefølelsen inneholder mer enn det ord kan forklare (Berntzen, Danielsen og Almås, 2010). Smerte er med andre ord en personlig opplevelse, og kan ikke alltid oppfattes og forstås av andre.



Figur 2 (Vadstrup og Sjøgren, 2013, s. 324) oversatt til norsk av forfatter.

Smerte er et sammensatt fenomen, som påvirkes av fysiske, psykiske, sosiale, kulturelle og åndelige/eksistensielle forhold. Begrepet «total pain» brukes ofte i palliasjonen for å beskrive kompleksiteten av smerte (Norsk legemiddelhåndbok, 2016).

Rundt 40-50% av kreftpasientene opplever smerter og ved langtkommen kreftsykdom har 70-80% oppgitt at de har smerter som trenger behandling. Det finnes ulike årsaker til smerte, men ca. 70% av smertene de opplever er tumorrelaterte. Smertene arter seg forskjellig i de ulike kreftformene. Tumorrelaterte smerter kommer ofte av at tumoren endrer seg eller at det vokser metastaser (Lorentsen og Grov, 2010).

Smerter deles ofte opp i to hovedtyper: Nevropatisk og nociseptiv. Nevropatisk smerte oppstår ved skade på nerver i det perifere nervesystem eller sentralnervesystemet. Nociseptive smerter deles opp i somatiske og vicerale smerter. Nociseptiv somatisk smerte oppstår i hud, muskler og knokler. Nociseptiv visceral smerte kommer fra indre organer. Kreftpasienter vil ofte ha nevropatiske og nociseptive smerter samtidig (Vadstrup og Sjøgren, 2013). Det finnes to smertetyper til: idiopatisk smerte og psykogen smerte. Ved Idiopatisk smerte vet man ikke årsaken, og psykogen smerte skyldes psykiske årsaker (Norsk Helseinformatikk, 2018).

## **2.2 Kreft**

Kreft er en sykdom som øker betraktelig i Norge. I 2016 var det over 262.000 nordmenn som har, eller har hatt kreft. 32 827 personer fikk diagnosen og 11 128 personer døde av kreft i 2016 (Kreftregisteret, 2018). Til sammenligningen så fikk 20 841 personer diagnosen i 1996 og 26 081 i 2006 (Norgeshelsa statistikkbank, 2017).

Kroppen produserer stadig nye celler ved celledeling. Noen ganger skjer det en feil og cellene deler seg ukontrollert. Kreft oppstår på denne måten, og det kan gå mange år før det oppdages. En av kreftcellenes egenskaper er at de kan vokse inn i andre organer og spre seg via blod og lymfe. I dag har vi muligheten til å behandle ulike krefttyper på forskjellige måter, med cytostatika, strålebehandling og kirurgi. Men det kommer helt an på krefttypen, hvor den er lokalisert og eventuelle metastaser om kreften kan behandles kurativ eller lindrende (Lorentsen og Grov, 2010).

Kreftbehandling innebærer å kurere hvis det er mulig eller forlenge livet og lindre plager som oppstår på grunn av sykdommen. Drøyt halvparten av de ca. 26 000 personene som får en



kreftdiagnose i Norge årlig, blir helt friske. De fleste som overlever, har en begrenset utbredelse av sykdommen når den blir oppdaget (Bertelsen, Hornslien og Thoresen, 2014).

Det hender at kreftbehandlingen må avsluttes, fordi kurativ behandling ikke fungerer eller fordi livet ikke står til å redde. Da vil pasientene motta smertelindrende behandling. Den lindrende behandlingen kalles palliativ behandling, denne har til hensikt å gi lindring av plagene fra kreftsykdommen. Dette er den mest brukte behandlingsformen når kreftsykdommen ikke kan kureres (Bertelsen, Hornslien og Thoresen, 2014).

### **2.3 Palliasjon**

I Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen bruker Helsedirektoratet (2015) denne definisjonen om palliasjon:

Palliasjon er aktiv behandling, pleie og omsorg for pasienter med inkurabel sykdom og kort forventet levetid. Lindring av pasientens fysiske smerter og andre plagsomme symptomer står sentralt, sammen med tiltak rettet mot psykiske, sosiale og åndelige/eksistensielle problemer. Målet med all behandling, pleie og omsorg er best mulig livskvalitet for pasienten og de pårørende. Palliativ behandling og omsorg verken fremskynder døden eller forlenger selve dødsprosessen, men ser på døden som en del av livet (Helsedirektoratet, 2015, s. 11).

«Et av de viktigste etiske hensyn i palliasjon er å lytte til pasientens opplevelse, og hva han eller hun ønsker (Nortvedt, 2012, s. 197).»

Selv om moderne og riktig smertebehandling ikke nedsetter den kognitive funksjonen nevneverdig, kan noen pasienter foretrekke både mindre palliasjon og sedasjon.

Det er imidlertid sjelden at pasienter ikke ønsker maksimal lindring. Som regel dreier det seg om å gi god nok informasjon (Nortvedt, 2012).

Ved palliativ behandling er målet å øke livskvaliteten til pasient og pårørende så mye som mulig, i fokus. God smertelindring er en viktig del, men vi må se pasienten som en helhet. Den totale smerte består av flere aspekter: den fysiske smerten, den psykiske smerte og lidelse, sosial smerte og eksistensiell/åndelig smerte. Kreftsykdommen påvirker aller disse sidene av pasientens livskvalitet og kan derfor også påvirke smertens intensitet og utfoldelse (Vadstrup og Sjøgren, 2013).

I følge Helsedirektoratet (2015, s. 11) kjennetegnes den palliative kulturen ved:

- Helhetlig tilnærming til den alvorlig syke og døende pasient og hans/hennes pårørende.
- Respekt for pasient, pårørende og medarbeidere, med oppmerksomhet på pasientens beste. Dette innebærer at pasient og pårørende blir møtt og forstått ut fra sin situasjon.
- Aktiv og målrettet holdning til diagnostikk, forebygging og lindring av symptomer.
- Forutseende planlegging og tilrettelegging med tanke på behov og komplikasjoner som kan komme til å oppstå.
- Oppmerksomhet på åpen kommunikasjon og informasjon.
- Tverrfaglig arbeid.
- Koordinerte tjenester og systematisk samarbeid på tvers av nivåene.
- Systematisk samarbeid med andre medisinske fagområder.

#### **2.4 Palliasjonens mor, Cicely Saunders.**

Cicely Saunders (1918-2005) er av mange omtalt som palliasjonens mor. Hun var sosialarbeider og sykepleier ved St. Thomas' Hospital i London på slutten av 1940-tallet. Der traff hun en døende polsk flyktning med kreft. Samtaler med ham om alle de behov han hadde i livets siste fase skapte ideen om et eget sted å være for døende mennesker. Hun ble grunnleggeren for hospice bevegelsen og palliasjon som fagfelt (Kruse, 2003).

Saunders dokumenterte blant annet, at når man gav morfin peroralt hver fjerde time, kunne pasienten gis smertelindring uten at det gikk utover bevissthetsnivået. Videre fant hun ut at det var store forskjeller i individuelt behov for morfin, men at dosen kunne holdes stabil når man først hadde funnet den rette. Siden har hun med forskning, men først og fremst gjennom talegaver og et brennende engasjement, klart å overbevise myndigheter om betydningen av palliativ medisin. Hun var kritisk til andre legers restriktive holdning til morfin som smertelindring, og at døende ble stuet bort på et rom og overlatt til seg selv (Kruse, 2003).

Saunders hadde nå en livsoppgave. Ideene om at døendes smerte omfatter mer enn det rent fysiske. Saunders hadde lagt merke til hvordan pasienter som fikk omsorg rundt åndelige spørsmål, trengte mindre smertestillende medisiner. Hun forsket på smertelindring og prøvde ut sine ideer om «total pain». Det var hennes erfaringer og viten som åpnet opp for

palliasjonen som et fag og en måte å utøve omsorg og pleie til den lidende pasienten ved livets slutt. Hun anså at det ble gjort lite for å smertelindre pasientene mot livets slutt og ønsket å gjøre noe med det. Hun utdannet seg til lege og utarbeidet på sikt håndfaste behandlingsregimer og begynte å se på hvordan smertelindringen fungerte (Kruse, 2003).

## **2.5 «Total Pain»**

Cicely Saunders definerte begrepet total smerte som lidelsen som omfatter alle en persons fysiske, psykologiske, sosiale, åndelige og praktiske kamper (Ong og Forbes, 2005).

Saunders mente at det var viktig at den faglige hjelpeprosessen er basert på pasientens perspektiv og deres symptomer, lidelser, håp, verdier, ressurser og prioriteringer - for å hjelpe dem å uttrykke deres lidelser og håp, hevde deres selvstendighet og oppnå større kontroll over livet for å oppnå en høyere grad av selvrealisering. Saunders påpekte at kommunikasjon er utgangspunktet for anerkjennelse og gjennomføring av beroligende handling (Hansen, 2006).

## **2.6 Palliativ pleie i hjemmet**

For 100 år siden døde ca. 90% av befolkningen i eget hjem. I dag er det nesten motsatt, bare ca. 20% dør hjemme eller utenfor institusjon (Birkeland og Flovik, 2014).

Siden 1992 har antallet pasienter i hjemmesykepleien blitt mer enn femdoblet. Samtidig har det skjedd en reduksjon i antallet sykehussenger og liggedøgn, og det samme skjer i de kommunale institusjonene. Dette fører til at hjemmesykepleien blir mer generalisert og får sykere, tyngre og mer faglig krevende pasienter. Dette er også en av intensjonene til samhandlingsformen, at spesialisthelsetjenesten skal bli mer spesialisert og kommunen skal ha mer av pleie, behandling og omsorgsfunksjonen (Birkeland og Flovik, 2014).

Internasjonale studier som har undersøkt ønsket dødssted, viser at flertallet ønsker å dø hjemme (Brenne og Estenstad, 2016; André og Ringdal, 2015). Men en forutsetning er at pasient og pårørende ønsker det og at de opplever det som trygt. De fleste vil også være avhengig av at pårørende kan være hjemme og bistå. Sykepleierne må være tilgjengelige og kompetente for å kunne dekke pasientenes grunnleggende behov. Det må være tilgang på profesjonell hjelp hele døgnet og hjemmet må tilrettelegges med nødvendige hjelpemidler

(Fjørtoft, 2016). Pasient og bruker har rett til nødvendige helse og omsorgstjenester og ett verdig tilbud i kommunen (Pasient og brukerrettighetsloven, 1999).

Fjørtoft (2016) identifiserer tre utfordringer i hjemmesykepleien som er avgjørende for å kunne gi god palliativ omsorg:

- Faglig kompetanse
- Praktisk tilrettelegging
- Medmenneskelighet

**Faglig kompetanse:** Sykepleierne må ha kompetanse om pasientens grunnleggende behov og kompetanse om palliativ omsorg. Flere studier bekrefter at sykepleiere opplever det som vanskelig å tilegne seg kompetanse om palliativ behandling og andre områder i hjemmesykepleien, på grunn av mangel på tid og ressurser (Norheim og Thoresen, 2015; NOU 2017:16, 2017)

**Praktisk tilrettelegging:** Det er viktig at hjemmesykepleien blir involvert tidlig i forløpet for å få en god relasjon til pasient og pårørende. Tilrettelegging er viktig for at pasienten skal få nødvendig hjelp til enhver tid (Fjørtoft, 2016). Det skal planlegges og tilrettelegges med tanke på behov og komplikasjoner som kan oppstå (Helsedirektoratet, 2015).

**Medmenneskelighet:** Sykepleierne kan oppleve det som vanskelig og utfordrende å møte pasienter i en palliativ fase. Møtet med død og sorg, smerte og lidelse berører oss og det kan oppleves vanskelig. Sykepleieren må forholde seg til pasientens følelser og de pårørendes. Om pasienten eller pårørende ønsker det, bør sykepleieren skape rom for åndelige behov og eksistensielle spørsmål (Fjørtoft, 2016).

## **2.7 Sykepleiens rolle ved palliativ behandling i hjemmet**

Virginia Henderson beskriver sykepleierens funksjon slik: sykepleierens enestående funksjon består i å hjelpe mennesket, enten det er sykt eller friskt, til å utføre handlinger som bidrar til helse eller gjenvinning av helse (eller en verdig 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 ham til å bli selvstendig så raskt som mulig (Mathisen, 2011).

I rammeplan for sykepleierutdanning står det at studentene skal ha handlingskompetanse til å lindre lidelse og hjelpe pasienten til en verdig død (Kunnskapsdepartementet, 2008). Og i yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere står det at sykepleieren har ansvar for å lindre lidelse, og bidra til en naturlig og verdig død (Norsk sykepleierforbund, 2011). Pasient og bruker har rett til nødvendige helse og omsorgstjenester og ett verdig tilbud i kommunen (Pasient og brukerrettighetsloven, 1999).

Sykepleieren skal gjøre døden til en verdig avslutning for pasient og pårørende. Sykepleieren i hjemmesykepleien skal bidra til at pasienten skal kunne være hjemme så lenge som mulig og om pasienten ønsker, få dø hjemme. Derfor må sykepleieren ha tilstrekkelig kompetanse om symptomlindring og mulig sykdomsutvikling for at palliasjon i hjemmet er et godt tilbud (Brenne og Estenstad, 2016). En studie av Grov (1999) viser hva pårørende opplevde som viktige hjelpefunksjoner ovenfor personer med langtkommen kreft:

- Hjelp til personlig hygiene og eliminasjon
- Hjelp til ernæring
- Smertelindring, evt. kvalmestillende.
- Behovet for at noen er i nærheten.

Disse fire hjelpefunksjonene finner vi også igjen i Virginia Hendersons definisjon av sykepleierens funksjon og i hennes 14 punkter om menneskets grunnleggende behov (Mathisen, 2011).

## **2.8 Brukermedvirkning i palliativ omsorg**

I palliasjon er den pasientsentrerte tilnærmingen en av hjørnesteinene. I all behandling, pleie og omsorg, skal pasientene tas med i beslutninger. Dette prinsippet bør gjelde uavhengig om målsettingen er å kurere, forlenge livet, lindre plager eller å ivareta pasienter som er døende (NOU 2017:16, 2017, s. 9).

Pasient og brukerrettighetsloven (1999) § 3-1 lovfester retten til brukermedvirkning ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester. Pasienten har rett til å medvirke ved valg av tilgjengelige og forsvarlige tjenesteformer og behandlingsmetoder. Det skal ifølge loven legges til rette for at tjenestetilbudet skal utformes med pasienten og med deres pårørende om

pasienten ønsker å ha dem tilstede. Dersom pasienten ikke er samtykkekompetent har nærmeste pårørende rett til å medvirke.

Brukermedvirkning skal bidra til at pasienten får større innflytelse på egne helsetjenester og det gir pasienten mulighet til å delta i viktige valg. Pasienten kan oppleve et mer positivt selvbilde og motivasjon for behandlingen/prosessen. Meningen er at pasienten skal få hjelp på en måte som han ønsker og motvirke hjelpeløshet i møte med helse- og omsorgstjenestene (Bahus, 2015).

Retten til individuell plan er lovfestet i § 2-5 i Pasient og brukerrettighetsloven (1999):

Pasient og bruker som har behov for langvarige og koordinerte helse- og omsorgstjenester, har rett til å få utarbeidet individuell plan i samsvar med bestemmelsene i helse- og omsorgstjenesteloven, spesialisthelsetjenesteloven og lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (Pasient og brukerrettighetsloven, 1999).

Lunde (2017) sin studie om individuell plan i palliativ fase, finner at pårørende så på en slik plan som en støtte. I arbeidet med individuell plan opplevde informantene å møte fagpersoner som hadde kunnskap om pasienten, og at noen brydde seg. Det skapte håp og mening. Studien viser at pasienter i palliativ fase trenger håp for å opprettholde verdighet, takle stress og få bedre livskvalitet. Arbeidet med individuell plan støttet oppunder håpet og pårørende følte seg mindre alene. En individuell plan synliggjør ansvarsforhold ovenfor pasient, pårørende og helsevesen. Målet er ett koordinert helhetlig tilbud (Olsen, 2017). Individuell plan kan være et godt verktøy for pårørende og pasienter med en palliativ fase foran seg (Lunde, 2017).

## **2.9 Hensikt**

Vi har nå sett at det er mange faktorer som er avgjørende for hvordan sykepleier kan gi god smertelindring til palliative kreftpasienter i hjemmesykepleien. Igjennom denne litteraturstudien vil vi undersøke hvilke faktorer som bidrar til, eller hindrer hjemmesykepleierens arbeid med smertelindring i hjemmet.

## **2.10 Problemstilling**

Hvilke utfordringer møter hjemmesykepleier ved smertelindring til kreftsyke palliative pasienter?

### 3.0 Metode

Metodekapittelet inneholder: inklusjons- og eksklusjonskriterier for utvelgelse av artikler, benyttet søkestrategi, en beskrivelse av hva kvalitativ og kvantitativ metode inneholder, en redegjørelse for kritisk gjennomgang av artiklene og analyse av resultat.

«Metoden er redskapet vårt i møte med noe vi vil undersøke. Metoden hjelper oss til å samle inn data, det vil si den informasjonen vi trenger til undersøkelsen vår (Dalland, 2012, s. 112).»

### 3.1 Litteraturstudie som metode

Bacheloroppgaven er en litteraturstudie, det vil si en studie og tolkning av litteratur som forholder seg til et bestemt tema. Man indentifiserer et forskningsspørsmål og forsøker å besvare spørsmålet ved å søke etter og analysere relevant litteratur (Aveyard, 2014).

Thidemann (2015) skriver at en litteraturstudie systematiserer kunnskap fra skiftelige kilder.

«Å systematisere innebærer å samle litteratur, gå kritisk igjennom den og til slutt å sammenfatte det hele (Thidemann, 2015, s. 79).»

### 3.2 Inklusjonskriterier og eksklusjonskriterier

Ved å definere inklusjons- og eksklusjonskriterier tydeliggjør man ifølge Thidemann (2015) litteratursøket og avgrenser mengden litteratur. Aveyard (2014) skriver at slike kriterier vil hjelpe til med å fokusere og guide litteratursøket slikt at man holder seg på sporet.

| Inklusjonskriterier  | Eksklusjonskriterier                                 |
|--|--|
| Norsk, Engelsk, Svensk, Dansk  | Andre språk enn de inkluderte                        |
| Studien skal være gjennomført i land som er overførbare til Norske forhold | At studien ikke er overførbar til norske forhold     |
| Vitenskapelig artikkel   | Fagartikkel  |
| Handler om voksne over 18 år   | Handler om barn                                      |
| Artikler fra 2008-2018   | Eldre enn 10 år                                      |
| Kvalitativ og kvantitativ studie   |  |
| Innholdet er relevant for vår problemstilling                              | Innhold som ikke er relevant for vår problemstilling |

For å kvalitetssikre artiklene har vi undersøkt om de er fagfellevurdert. En fagfellevurdert vitenskapelig artikkel er vurdert av redaktør i tidsskriftet og to/tre andre (Thidemann, 2015).

Vi vil også undersøke om artikkelen er fra en vitenskapelig publiseringskanal. For å undersøke dette kan vi benytte oss av Register over vitenskapelige publiseringskanaler. Her er de delt inn i to godkjente nivåer; nivå 1 og nivå 2. Artiklene vi inkluderer skal være publisert i godkjent tidsskrift (Norsk senter for forskningsdata, 2018).

### 3.3 Søkestrategi

I arbeidet med å søke etter artikler har vi benyttet oss av databasene Medline, Swemed+ og Embase. Vi har utført litteratursøket i tidsrommet 21.03.18-19.04.18.

| Database | Søkeord                                  | Kombinasjoner                           | Treff |
|----------|--|---|-------|
| Medline  | 1. Home health nursing                   | 1 AND 3                                 | 2     |
|          | 2. Neoplasms                             | 1 AND 2                                 | 6     |
|          | 3. Patients                              | 1 AND 4                                 | 18    |
|          | 4. Nurses                                | 1 AND 5                                 | 199   |
|          | 5. Nursing                               | 1 AND 7                                 | 3     |
|          | 6. Analgesia                             | 1 AND 8                                 | 7     |
|          | 7. Pain Managment                        | 1 AND 9                                 | 5     |
|          | 8. Palliative care                       | 8 AND 1 AND 3                           | 1     |
|          | 9. (hospice and palliative care nursing) | 8 OR (1 AND 3)                          | 47830 |
|          | 10. Knowledge                            | 6 AND 8                                 | 398   |
|          | 11. Home Care Services                   | 4 AND 6 AND 8                           | 5     |
|          | 12 Aged                                  | 7 AND 8                                 | 1673  |
|          | 13 Adult                                 | 1 AND 7 AND 8                           | 0     |
|          | 14 Home Nursing                          | 1 OR 11                                 | 44118 |
|          | 15 Home nursing (subjects)               | 7 AND 8 AND (1 OR 11)                   | 50    |
|          | 16 Nurse's role                          | 7 AND 8 AND 12 AND (1 OR 11)            | 18    |
|          |  | 5 AND 7 AND 8                           | 31    |
|          |  | 6 AND 8                                 | 398   |
|          |  | (1 OR 11) AND 6 AND 8                   | 22    |
|          |  | 8 AND (1 OR 11)                         | 1741  |
|          |  | 8 AND 13 (1 OR 11)                      | 439   |
|          |  | 8 AND 13 AND 14 AND (1 OR 11)           | 89    |
|          |  | 8 AND 13 AND 14 AND 12 AND (1 OR 11)    | 59    |
|          |  | 8 AND 13 AND 14 AND 12 AND 15 (1 OR 11) | 53    |
|          | 3 AND 8 AND 13 (1 OR 11)                 | 7                                       |       |
|          | 4 AND 10                                 | 279                                     |       |
|          | (1 OR 11) 4 AND 10                       | 1                                       |       |
|          | 7 AND 10                                 | 22                                      |       |
|          | (1 OR 11) AND 7 AND 10                   | 0                                       |       |
|          | 8 AND 7 AND 10                           | 3                                       |       |
|          | 6 AND 8 AND (1 OR 11)                    | 22                                      |       |
|          | 8 AND 16                                 | 662                                     |       |
|          | (1 OR 11) AND 8 AND 16                   | 66                                      |       |
|          | (1 OR 11) AND 8 AND 7 AND 16             | 1                                       |       |



| Database | Søkeord              | Kombinasjoner                 | Treff |
|----------|----------------------|-------------------------------|-------|
| SveMed+  | 1 hemsjukvård        | 1 AND 2                       | 82    |
|          | 2 cancer             | 1 AND 2 AND 3                 | 40    |
|          | 3 palliativ vård     |                               |       |
| Embase   | 1 palliative therapy | 1 AND 2 AND 3 AND 4           | 63    |
|          | 2 analgesia          | 1 AND 3                       | 3332  |
|          | 3 home care          | 1 AND 2 AND 3                 | 184   |
|          | 4 neoplasm           |                               |       |
| Medline  | 1 Home care services | 5 OR 3                        | 86243 |
|          | 2 neoplasms          | 1 AND 4 AND (5 OR 3)          | 76    |
|          | 3 Palliative care    | 2 AND 5 AND (5 OR 3)          | 946   |
|          | 4 pain management    | begrenset søket til 2007-2018 | 471   |
|          | 5 terminal care      |                               |       |

I relevante artikler og fagbøker har vi gått igjennom referanselisten manuelt for å undersøke om det er aktuelle studier eller litteratur som vi kan benytte (Thidemann, 2015). Ingen av de inkluderte artiklene ble funnet ved slikt manuelt søk.

### 3.4 Kvalitativ metode

Den kvalitative forskningsmetode handler om å utforske mening og fenomener i deres naturlige omgivelser (Aveyard, 2014). Den kvalitative datainnsamlingsmetoden er hensiktsmessig når en vil ha svar på spørsmål som: hva, hvordan og hvorfor. Ved å benytte en kvalitativ metode får man frem meninger og erfaringer som deltakerne i studiet har opplevd og erfart. Den kvalitative studien baserer seg på intervjuer, observasjoner, feltarbeid og dokumentanalyse (Thidemann, 2015).

### 3.5 Kvantitativ metode

Kvantitativ metode bruker eksperimentelle metoder og/eller metoder som bruker tall i innsamlingen av data (Aveyard, 2014). Den kvantitative datainnsamlingsmetoden er hensiktsmessig når en vil ha svar på spørsmål som: hvor mye, hvor ofte eller om noe er mer effektivt enn noe annet. Spørreskjemaer med faste svaralternativ, systematisk og strukturert observasjon og eksperiment er metoder som brukes for å samle inn kvantitativ data (Thidemann, 2015). «Kjennetegn ved metoden er breddekunnskap, det vil si at et lite antall opplysninger fra mange undersøkelsesobjekter» (Thidemann, 2015, s. 78).

### **3.6 Kritisk vurdering og analyse av resultat**

I følge Aveyard (2014) vil man ved en kritisk vurdering av artiklene: øke forståelsen for hver artikkel, revurdere artikkelens relevans og vurdere artikkelens styrker og svakheter. For å velge ut og vurdere aktuelle artikler har vi brukt sjekklister for kritisk vurdering av forskningslitteratur fra Helsebiblioteket (2016).

Ved analysering av resultatet vil artiklene først bli presentert systematisk og oversiktlig i en tabell der hensikt, metode, resultat, relevans for litteraturstudien og etiske overveielser blir gjort rede for. Deretter indentifiserer vi temaene i artiklene (vedlegg 1) og finner likheter og forskjeller i artiklene. Sammenfattet resultat blir skrevet på bakgrunn av temaene (Thidemann, 2015).

## 4.0 Resultatpresentasjon

Her vil utvalgte artikler bli presentert i en matrise med oversikt over forfattere, tidsskrift, hensikt, metode, resultat og etiske overveielser. Etter artikkelpresentasjonen vil sammenfattet resultat presenteres med temaene vi har funnet i analysen.

### 4.1 Presentasjon av artiklene

#### 4.1.1 Artikkel 1

|  |  |
|--|--|
| <b>Referanse</b><br><br>(forfatter, tittel, utgiver, sidetall) | Svein Inge Molnes (2014)<br><b>Sykepleieres erfaringer med smertelindring til hjemmeboende kreftpasienter</b><br><i>Nordisk sygeplejeforskning</i> , s. 142-155.<br><a href="https://www.idunn.no/nsf/2014/02/sykepleieres_erfaringer_medsmertelindring_til_hjemmeboende">https://www.idunn.no/nsf/2014/02/sykepleieres_erfaringer_medsmertelindring_til_hjemmeboende</a>  |
| <b>Hensikt</b>   | Belyse hvordan sykepleier opplever kompetansen ved smertelindring til hjemmeboende kreftpasienter.   |
| <b>Metode</b>  | Kvalitativ metode.<br>Forskerne intervjuet 10 sykepleiere som ønsket å delta i studien. De måtte ha jobbet i hjemmesykepleien i minst ett år for å bli inkludert.  |
| <b>Resultat</b>  | <b>Resultatene ble presentert i tre ulike opplevelser.</b><br><b>Sykepleiers opplevelse av faglig oppdatering.</b><br>De ønsker seg faglig oppdatering, men har ikke tid/ressurser til fagutvikling. Sykepleierne mente at det var viktig å dele erfaring/kompetanse med hverandre. Flere hadde godt utbytte kollokvier i studietiden og mente dette kunne brukes her også. Hospitering og videreutdanning var også elementer sykepleieren mente de kunne ha nytte av og at arbeidsplassen burde tilrettelegge mer for dette. Det opplevdes vanskelig å beholde kompetent helsepersonell.<br><b>Sykepleiers opplevelse av hjemmesykepleien.</b><br>Det er til tider lav bemanning som fører til at pasienter ikke får det de trenger av oppfølging. Det er for lite tid og for få ressurser, og en sykepleie/kompetanse mangel. Sykepleierne opplevde at pasientene fikk ulik smertebehandling av forskjellige sykepleiere, da det er ulike holdninger rundt kartleggingsverktøy, smertestillende effekt og om hva som er bra for pasienten. Det var også en frykt for feilmedisinering.<br><b>Sykepleiers oppfattelse av omgivelsene.</b><br>Pasienter og pårørende har store forventninger til hjemmesykepleien. Sykehuset lover at hjemmesykepleien kan ordne det meste. De bruker for mye tid på å forklare hvordan hjemmesykepleien fungerer ovenfor pårørende. Det ønskes mer fokus på kommunikasjon og rutiner mellom sykehus og hjemmesykepleien. Det er utfordringer med journal deling mellom sykehus og hjemmesykepleien. |
| <b>Relevans for litteraturstudien</b>                          | Artikkelen omhandler smertelindring til hjemmeboende kreftpasienter.   |
| <b>Etiske overveielser</b>                                     | Studien ble meldt til Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste (NDS) og ble godkjent. Respondentene ble i flere omganger opplyst om at det var mulig å trekke seg fra studien. Og de ble tildelt ett referanse nummer slik at dataene ikke kunne spores tilbake til respondentene.  |

#### 4.1.2 Artikkel 2

|  |  |
|--|--|
| <b>Referanse</b><br>(forfatter, tittel, utgiver, sidetall) | Charlotte Wilson, Jane Griffiths, Gaal Ewing, Michael Connolly og Gunn Grande (2014)<br><b>A Qualitative Exploration of District Nurses' Care of Patients With Advanced Cancer: The Challenges of Supporting Families Within the Home.</b><br><i>Cancer Nursing</i> , 37(4), s. 310-315. doi:10.1097/NCC.0b013e31829a9a56.<br><a href="https://journals.lww.com/cancernursingonline/Abstract/2014/07000/A_Qualitative_Exploration_of_District_Nurses_Care.9.aspx">https://journals.lww.com/cancernursingonline/Abstract/2014/07000/A_Qualitative_Exploration_of_District_Nurses_Care.9.aspx</a>  |
| <b>Hensikt</b>   | Belyse sykepleiers utfordring i forhold til å støtte opp om pasienten og dens familie i hjemmet.   |
| <b>Metode</b>  | Kvalitativ studie. 40 sykepleiere fra hele Storbritannia deltok i denne studien.   |
| <b>Resultat</b>  | <p>Sykepleierne oppga at arbeidsbelastningen i den daglige jobben var for høy, fordi de ikke hadde tid eller muligheter til å utføre disse oppgavene. Sykepleierne mente at dette var en ond sirkel å være i, fordi belastningen blir høy over tid. Sykepleierne kjente på utfordringer i forbindelse med ulike familiære problemer og dårlig fungerende familie forhold.</p> <p>Sykepleierne oppga at deres forhold til familie og andre pårørende, ofte ble enklere å takle når man ble bedre kjent med familien rundt pasienten. Selv om pasienten hadde akseptert sin sykdom/diagnose med påfallende sykdomsforløp, opplevde sykepleierne at familie og pårørende slet med å akseptere sin næres sykdom, og at dette utløste en fornektelse. Sykepleierne som jobbet med pasienten og deres familier oppga at familiedynamikken, uforutsigbarheten, misforståelse av hvordan smertestillende fungerer og brukes er utfordringer de møter på ved pleie av pasienten i hjemmet. De opplevde at pårørende holdt tilbake viktig informasjon om pasienten på bakgrunn av fornektelsen.</p> <p>Individuell tilnærming til pasientene og gi informasjon var vanskelig fordi, familien var i nærheten.</p> <p>Når det angikk bruken av smertelindring var familiemedlemmene bekymret for om pasienten fikk for mye eller for lite smertestillende og stolte ikke på sykepleier. Familien hadde større forventninger om helbredelse i forhold til lindring.</p> |
| <b>Relevans for litteraturstudien</b>                      | Studien tar for seg og identifiserer utfordringer sykepleier møter assosiert med familie, pasientens ønske om å dø hjemme, tilretteleggingsmuligheter i hjemmet.   |
| <b>Etiske overveielser</b>                                 | Studien ble finansiert av Dimbleby Cancer Care, med støtte fra National Institute for Health Research-Primary Care Research Network og ble etisk godkjent av en lokal gruppe av National Research Ethics Service i Storbritannia.  |

### 4.1.3 Artikkel 3

|  |   |
|--|---|
| <b>Referanse</b><br>(forfatter, tittel, utgiver, sidetall) | Hsien Show og Daryl Bainbridge (2018)<br><b>A Review of the Essential Components of Quality Palliative Care in the Home,</b><br><i>Journal of Palliative Medicine</i> , 21(S1), s. S-37-S-44.<br>doi: 10.1089/jpm.2017.0392.<br><a href="https://www.liebertpub.com/doi/abs/10.1089/jpm.2017.0392">https://www.liebertpub.com/doi/abs/10.1089/jpm.2017.0392</a>   |
| <b>Hensikt</b>   | Målet er å avdekke de essensielle komponentene som må til for å ivareta god kvalitet av palliativ pleie i hjemmet. Som er tilfredsstillende for pasient, pårørende og sykepleier.   |
| <b>Metode</b>  | Oversiktsartikkel. Litteratursøk som identifiserte 5 relevante artikler om palliasjon i hjemmet. De viser både kvalitative og kvantitative perspektiver gjort av palliativt pleiepersonell. En kvalitativ tilnærming ble benyttet for å nøye vurdere resultatene av hver studie og hva temaene har til felles. Det ble sammenfattet et resultat av funnene og nøkkelelementene i hver studie.   |
| <b>Resultat</b>  | <p>Resultatet sier noe om hvilke essensielle komponenter som god palliativ behandling i hjemmet bør inneholde, for å opprettholde god kvalitet i den palliative pleien. Artikkelen viser oss sykepleieperspektivet, pasientperspektivet og pårørende perspektivet.</p> <p>I denne oversiktsartikkelen har de gjennomgått mange relevante temaer man ser er viktige i utøvelsen av palliasjon i hjemmet. God palliativ pleie er ifølge denne artikkelen: samarbeid, smerte og symptomlindring, helhetlig lindring av ikke-fysiske og fysiske symptomer, riktig bemanning på jobb, rask respons og punktlighet. Forberedelser av pasienten og familien på hva som møter dem er en viktig del av den palliative behandlingen.</p> <p>Oversiktsartikkelens redegjørelse av helhetlig omsorg ved livets slutt er med på å støtte opp under begrepet «total pain» eller helhetlig smerte. Resultatene peker mot at det skjedde en bedring i symptomlindringen og at de var fornøyd med å få en bedre hverdag.</p> |
| <b>Relevans for litteraturstudien</b>                      | Studien tar opp mange temaer som er med til å bidra til et svar på vår problemstilling. Den fokuserer på helheten i palliativ behandling.   |
| <b>Etiske overveielser</b>                                 | Studien ble godkjent av Hamilton Health Sciences/ McMaster university Research Ethics Review Board, Ontario, Canada.  |

#### 4.1.4 Artikkel 4

|  |  |
|--|--|
| <b>Referanse</b><br>(forfatter, tittel, utgiver, sidetall) | Jane Gibbins, Rebecca Bhatia, Karen Forbes og Colette M. Reid (2014)<br><b>What do patients With Advanced incurable cancer want from the management of their pain? A Qualitative Study,</b><br><i>Palliative Medicine</i> , 28(1), s. 71-78.<br>doi: 10.1177/0269216313486310.<br><a href="http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/0269216313486310">http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/0269216313486310</a>  |
| <b>Hensikt</b>   | Å undersøke hvordan pasienter med langtkommen kreft beskriver at smertene er under kontroll og hvordan/om de formidler det til helsepersonell.   |
| <b>Metode</b>  | En kvalitativ studie hvor 15 kreftpasienter blir intervjuet.   |
| <b>Resultat</b>  | Fire temaer kom ut fra datamaterialet: opprettholde rolle, jeg`et og selvstendighet; begrense/modifisere forventninger; helsepersonellens rolle; og betydningen av smerte i sammenheng med langtkommen kreft.<br><br><b>Opprettholde rolle, jeg`et og selvstendighet:</b> Det var viktig for pasientene at de fikk nok smertelindring til at de kunne opprettholde daglige gjøremål og relasjoner med familie og venner.<br><b>Begrense/modifisere forventninger:</b> Pasientene ønsker å være smertefrie, men de forventet det det ikke. Flere oppga at de ikke tok smertestillende som forskrevet, de ønsket kun å ta smertetoppene.<br><b>Betydningen av smerte i sammenheng med langtkommen kreft:</b> Smerte var ikke en separat del av symptombilde eller sykdommen, deltakerne snakket om det som en helhet. Det var oftere viktig å vite hvorfor smerten var der, enn å lindre smerten. De tenkte at det var engstelse for at sykdommen utviklet seg og at kraftige smerter innledet døden.<br><b>Helsepersonellens rolle:</b> Pasientene tok ikke opp smerten så ofte. De følte smerte ikke var et viktig tema for helsepersonellet og fant det derfor utfordrende å snakke om det. |
| <b>Relevans for litteraturstudien</b>                      | Studien omhandler pasientens perspektiv på smertelindring. Dette er en viktig faktor i den helhetlige lindringen av smerter.   |
| <b>Etiske overveielser</b>                                 | Studien fikk godkjenning fra forskings etiske komite fra National Institute for Health Research  |

#### 4.1.5 Artikkel 5

|   |   |
|---|---|
| <b>Referanse</b><br><br><b>(forfatter, tittel, utgiver, sidetall)</b> | Blondal og Sigridur Halldorsdottir (2009)<br><b>The challenge of caring for patients in pain: from the nurse's perspective.</b><br><i>Journal of Clinical Nursing</i> , 18(20), s. 2897-2906.<br>doi: 10.1111/j.1365-2702.2009.02794.x.<br><a href="https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1365-2702.2009.02794.x">https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1365-2702.2009.02794.x</a>  |
| <b>Hensikt</b>  | Å øke forståelsen for hvordan sykepleiere opplever å pleie pasienter med smerter.   |
| <b>Metode</b>   | En fenomenologisk studie med 20 dialoger med 10 erfarne sykepleiere. kvalitativ.  |
| <b>Resultat</b>   | <p>Hovedfaktorer som motiverte sykepleierne til å være talsmann for pasientenes smertelindring er moral plikt, kunnskap, personlig erfaring og selvtillit og overbevisning.</p> <p>De fant fire utfordringer i pleien av pasientene.</p> <p><b>1. Å lese pasienten.</b> Sykepleierne hadde utfordringer med å vurdere smerten til pasientene, og det var ulik bruk og syn på smerteskalaer.</p> <p><b>2. Håndtere indre konflikter og moralske dilemmaer.</b> Sykepleierne oppga at det var utfordringer med smertelindring til rusmisbrukere. De opplevde en frykt for å gi for mye smertelindrende, på grunn av faren alvorlige bivirkninger. Det var utfordrende for dem å vurdere hvor mye smertelindrende pasienten skal få når pasienten følte han ikke fikk god nok lindring. Sykepleierne syntes det var vanskelig når man måtte påføre smerte for å unngå andre komplikasjoner, som ved vending i seng for å unngå trykksår.</p> <p><b>3. Håndtering av hindre.</b> Slike hindre kunne være leger som ikke lyttet til sykepleierne. De fleste opplevde at de hadde god kommunikasjon med legen og at de lyttet, men det var vanskeligere med unge og uerfarne leger. Noen ganger endret sykepleierne dosen med smertestillende uten godkjenning fra legen, men det fikk sjeldent noen konsekvenser.</p> <p><b>4. Organisatoriske hindringer til smertelindring.</b> Noen av sykepleierne følte at tidspresstet hindret dem i å gi god nok smertelindring. Det ikke alltid er tilgjengelige leger fører til usikkerhet blant sykepleierne. Uerfarne leger kunne ikke alltid gi en løsning, selv om meningen med konsultasjonen ofte er å få tillatelse til å gi pasienten det sykepleierne viste at han trengte.</p> <p>Sykepleierne opplevde positive og negative følelser rundt smertelindringen av pasienten. Positive følelser når de kunne se på pasienten at smertene lettet og de negative når de kunne se at pasientene ikke fikk god nok smertelindring.</p> |
| <b>Relevans for litteraturstudien</b>                                 | Studien handler om sykepleiere på sykehus, men flere av utfordringene de opplever med smertelindring kan overføres til hjemmesykepleien.  |
| <b>Etiske overveielser</b>  | Studien ble godkjent av kontoret for human Resources på Islands nasjonale universitetssykehus og i en etisk komite fra FSA universitetssykehus. Islands Data Proteksjon Commission ble informert om studien.  |

#### 4.1.6 Artikkel 6

|   |   |
|---|---|
| <b>Referanse (forfatter, tittel, utgiver, sidetall)</b> | Mehta, A. og Chan, L. (2008)<br><b>Understanding the concept of 'total pain': a prerequisite for pain control.</b><br><i>Journal of Hospice and Palliative Nursing</i> , 10(1), s. 26-34.<br>doi: 10.1097/01.NJH.0000306714.50539.1a.   |
| <b>Hensikt</b>  | Å belyse bruken av konseptet «total pain» ved vurdering og lindring av smerte.  |
| <b>Metode</b>   | Case-Study. En gjennomgang av tiltak som ble benyttet hos en pasient i palliative fase på sykehus.  |
| <b>Resultat</b>   | <p>Smerte kan ikke kun sees på som ett fysisk fenomen. Studien viser at for å kunne smertelindre en kreftsyk palliativ pasient optimalt må den fysiske, psykiske, psykososiale, sosiale og spirituelle dimensjonen av smerte tas med i beregningen.</p> <p>Pasienten oppga at han hadde smerter på nivå 5, på en skala fra 0-5. Selv om han fikk mer smertestillende, og verbale og nonverbale smerteuttrykk var borte, så oppga han fremdeles smerte på nivå 5. Sykepleieren forsøkte å prate med ham og det dukket opp flere bekymringer pasienten hadde båret på alene. Ved hjelp av samtaler med sykepleien, og gjennom et familiemøte med flere instanser fra sykehuset fikk pasienten lettet på mye av følelsene og dermed også smertetrykket. Etterhvert kunne pasienten oppgi at smertene hadde blitt redusert til nivå 3 av 5.</p> |
| <b>Relevans for litteraturstudien</b>                   | Studien omhandler et bredere syn på smerte, hvor fysisk smerte bør sees på i sammenheng med andre faktorer. Dette er viktig å få med i vår litteraturstudie, for å vise at smerte har flere dimensjoner.  |
| <b>Etiske overveielser</b>                              | Studien er anonymisert for å ta hensyn til pasient og pårørende.  |



## **4.2 Sammenfattet resultat**

I arbeidet med analyseringen av resultatene kom vi frem til syv temaer som er relevante for problemstillingen. Disse er: kunnskap og utdanning, kartleggingsverktøy, helhetlig tilnærming, tid og ressurser, samhandling, pasient og pårørende og sykepleieres indre og moralske dilemmaer. Sammenfattet resultat vil bli presentert ved bruk av disse temaene.

### **4.2.1 Kunnskap og utdanning**

I artikkelen til Molnes (2014) blir det beskrevet hvilke kunnskaper sykepleier bør ha og hvordan man kan utvikle de videre. Artikkelen fremhever ønsker om faglig oppdatering, interne og eksterne kurs, fagutvikling i regi av arbeidsplassen og en arena for diskusjon. Sykepleierne opplever at det er vanskelig å sette seg ned å lese fag, da det ikke er kultur for det på arbeidsplassen. Sykepleierne oppga at holdninger spilte en vesentlig rolle i smertelindringen. Artikkelen sier noe om behovet for å ha en kreftsykepleier i tjenesten som man kan rådføre seg med og få veiledning. Det påpekes også at det burde vært et større fokus på smertelindring i grunnutdanningen (Molnes, 2014).

Seow og Bainbridge (2018) fant i sin litteraturstudie at sykepleier bør ha gode basiskunnskaper for å opprettholde god smerte- og symptomlindring. Det er også behov for å ha noen sykepleiere med videreutdanning innenfor palliasjon. Artikkelen sier det er viktig å jobbe sammen for å planlegge god symptomlindring, og at man har mulighet for å kontakte spesialister dersom det skulle være nødvendig.

### **4.2.2 Kartleggingsverktøy**

I Molnes (2014) sier sykepleierne at bruk av kartleggingsverktøy i forbindelse med smerterangering sjeldent ble benyttet. 3 av 10 sykepleiere fortalte at de hadde benyttet ESAS (Edmonton Symptom Assessment System) skjema i forbindelse med smerterangering hos pasientene i hjemmesykepleien. Det påpekes at det er flere grunner til at de ikke benyttet seg av kartleggingsverktøy i sitt daglige arbeid. Grunnen til dette var blant annet manglende opplæring, ulik kartlegging og det tar for lang tid å fylle ut.

I artikkelen til Gibbins, *et al.* (2014) uttrykker kreftpasientene at de synes at det er vanskelig å forholde seg til numeriske smerteskalaer. De synes det er vanskelig å nyansere skalaen og sette en pekepinn på hvor på skalaen de ligger i forhold til å angi smerter.

Studien til (Blondal og Halldorsdottir, 2009) sier at sykepleiernes syn på bruken av smerteskalaer er varierende. Noen av sykepleierne mener at smerteskalaer er veldig viktig, og bruker det rutinemessig. Men de fleste mente at smerte var for personlig, til å bli satt tall på.

#### **4.2.3 Helhetlig tilnærming.**

I følge artikkelen til Seow og Bainbridge (2018) vil en helhetlig tilnærming føre til at pasienten føler seg mer tilfreds, får ryddet opp i personlige problemer, opplever bedre livskvalitet og til slutt lindrer alle typer lidelser. Kreftpasientene i Gibbins, *et al.* (2014) snakket om smerter og andre symptomer som en helhet. Studien til Mehta og Chan (2008) viser at den fysiske, psykiske, psykososiale, sosiale og spirituelle dimensjonen må tas med i den helhetlige tilnærmingen i smertelindringen.

Seow og Bainbridge (2018) finner at man må støtte pasient og pårørende som en helhet for å kunne gi god palliativ behandling. Sykepleier må kunne undervise og veilede familien i hva som skjer når sykdommen utvikler seg og i hva de kan forvente (Seow og Bainbridge, 2018). Case-studien til Mehta og Chan (2008) viser at det er vanskelig å behandle fysisk smerte uten å ta tak i de sosiale og emosjonelle påvirkningene som pasienten og familien opplever.

#### **4.2.4 Tid og ressurser**

I Molnes (2014) oppgir sykepleierne at ressursmangel, for lite personell, er en grunn til at kreftpasienter får for dårlig smertelindring. De opplevde at de ikke fikk gjort jobben sin godt nok på grunn av for høy arbeidsbelastning. I Wilson, *et al.* (2014) sa sykepleierne at de ofte følte seg overveldet på grunn av arbeidsmengden. Blondal og Halldorsdottir (2009) fant at tidsbegrensning vanskeliggjorde smertelindringen. De dårligste pasientene tok mye sykepleiers tid og dette gikk ut over de andre pasientene.

I litteraturstudien til Seow og Bainbridge (2018) kommer det fram at det er viktig å ha tilgang til hjelp 24/7 og at hjemmesykepleier kom relativt raskt, da dette kunne forhindre unødvendige innleggelse.

#### **4.2.5 Samhandling**

Seow og Bainbridge (2018) skriver at for å oppnå god pleie i hjemmet, må samarbeid mellom ulike yrkesgrupper og behandlingsnivåer fungere. Sykepleierne i Molnes (2014) mente at det burde fokuseres mer på kommunikasjon og rutiner mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten.

#### **4.2.6 Pasient og pårørende**

I Wilson, *et al.* (2014) forteller sykepleierne om utførelser med familien til pasienten. Familier som slet med aksept, fornektelse, tilbakeholdelse av informasjon og misforståelser rundt smertelindring. Alle var ikke synlige med en gang, men ble tydeligere når sykepleieren ble mer kjent med familien (Wilson, *et al.*, 2014).

#### **4.2.7 Sykepleieres indre og moralske utfordringer**

I Blondal og Halldorsdottir (2009) forteller sykepleierne om indre og moralske konflikter. De er redd for at pasientene skal bli avhengige av smertestillende og for å gi for mye smertestillende. Et annet dilemma er når pasientene ønsket mer smertestillende, og noen ganger begynte sykepleierne å tvile på om pasienten virkelig trengte det.

## 5.0 Drøfting

I dette kapittelet drøftes resultatene opp mot relevant teori, fag- og forskningsbasert kunnskap. Til slutt i kapittelet vil metodiske og forskningsetiske overveielser drøftes.

### 5.1 Faglig kompetanse

I denne litteraturstudien kommer det frem, at det er flere utfordringer med smertelindring i forbindelse med grunnkunnskaper og tilegnelse av ny kunnskap hos sykepleiere. Virginia Henderson var overbevist om at sykepleie må bygges på forskningsbasert kunnskap, men at individets særegenhet ikke oversees (Kirkevold, 1998). Smertelindring blir i Seow og Bainbridge (2018) oppgitt som ett viktig element i den palliative behandlingen, men for å oppnå god smertelindring så trenger pleierne grunnleggende kunnskaper om smertelindring. NOU 2017:16 (2017) trekker frem viktigheten av kompetanse om grunnsykdommen og palliasjon for helsepersonell. Som sykepleier har man et stort ansvar i arbeidet med smertelindring, det er derfor viktig at man har nok kunnskaper om smertelindring til å ivareta pasientene sine (Berntzen, Danielsen og Almås, 2010).

Blondal og Halldorsdottir (2009) identifiserer at formell og taus kunnskap, og personlig erfaring er faktorer som bidrar til smertelindring. Denne kunnskapen er med på å gjøre sykepleierne tryggere på seg selv i utførelsen av sitt arbeid, dette fordi erfaring veier tungt i profesjonen.

Sykepleierutdanningen gir studentene et generelt grunnlag for å møte pasientene med behov for palliative tjenester og ivaretagelse av pårørende (NOU 2017:16, 2017). Molnes (2014) påpeker at det burde ha vært et større fokus på smertelindring i grunnutdanningen. NOU 2017:16 (2017) sier at ved å anerkjenne palliasjon som fagfelt og spesialitet, kan man styrke kompetansen i fremtidig sykepleierutdanning. Er Henriksen (2012) inne på noe når hun spør om dagens sykepleieutdanning er klar for samhandlingsreformen, med tanke på utfordringene nyutdannede sykepleiere vil møte i praksis?

I Molnes (2014) oppgir sykepleierne at de ønsker mer faglig oppdatering og at de har etterlyst fagutvikling i lengre tid på arbeidsplassen. Blondal og Halldorsdottir (2009) erfarte at det er ett gap mellom teori og praksis. Sykepleierne mente at utdanningen var helt grunnleggende, men at erfaring veide mer. Sykepleierne oppga at de ikke hadde anledning til å oppdatere seg

faglig, og at de hadde opplevd å bli sett på som en ekstra belastning for andre, om de satt seg ned for å lese faglitteratur eller ved bruk av andre måter å tilegne seg kunnskap på (Molnes, 2014). Sykepleier skal holde seg faglig oppdatert slik at utførelsen av yrket er faglig forsvarlig (Norsk sykepleierforbund, 2011). Å arbeide faglig forsvarlig er lovpålagt, arbeidsplassen bør derfor tilstrebe at alle ansatte har mulighet for faglig oppdatering og utvikling (Helsepersonelloven, 1999). Utviklingen av kompetanse bør ifølge Henriksen (2012) være ett av fokusområdene til den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Det finnes i dag videreutdanning i palliasjon, men det er ikke utarbeidet en nasjonal rammeplan for utdanningen. I videreutdanningen i kreftsykepleie er palliasjon et sentralt tema, der rammeplanen sikrer der at sykepleierne får så lik utdanning som mulig (NOU 2017:16, 2017). Ett av tiltakene som blir presentert i NOU 2017:16 (2017) er at videreutdanninger i palliasjon bør utvides og faget formaliseres.

Seow og Bainbridge (2018) skriver at det er viktig at sykepleier har muligheter til å kontakte spesialister om det er nødvendig. Spesialisthelsetjenesten har veiledningsplikt ovenfor helse- og omsorgstjenesten i kommunen. Denne plikten er lovfestet i Spesialisthelsetjenesteloven (1999). Slik veiledning kan omfatte enkeltpasienter, eller generell veiledning slik at kommunen kan gjennomføre lovpålagte helse- og omsorgstjenester (Birkeland og Flovik, 2014). Det er også nødvendig å ha kompetanse til å gjenkjenne når det er behov for å oppsøke andre faggrupper, som har bredere kompetanse enn det man selv har (NOU 2017:16, 2017).

## **5.2 Kartleggingsverktøy**

Datasamling, observasjon, kartlegging og vurdering av smerte ligger under sykepleiers ansvarsområde. Men sykepleiere er for dårlige til å se betydningen av og hvordan man tar i bruk systematiske kartleggingsverktøy for smerte (Berntzen, Danielsen og Almås, 2010). Sykepleierne i Molnes (2014) benyttet sjeldent kartleggingsverktøy for smerte. Manglende opplæring, individuell vurdering av smerte, og at det tar for mye tid å fylle ut skjemaene var ifølge sykepleierne grunner til dette. Noen av sykepleierne i Blondal og Halldorsdottir (2009) mente slike verktøy er veldig viktige, mens andre mente at smerte er for personlig til å kunne måles på en skala. Enkelte av sykepleierne i Molnes (2014) mente at det holdt å spørre pasienten om smertenivået, andre oppga at de følte pasienter vegret seg for slike kartleggingsverktøy. Kreftpasientene Gibbins, *et al.* (2014) intervjuet opplevde slike verktøy som utfordrende.

### 5.3 Helhetlig tilnærming

Den helhetlige tilnærmingen i palliativ behandling er viktig. Som sykepleier er det viktig å ha et åpent sinn og evnen til å kunne se hele mennesket. Dette gjenspeiler seg i artikkelen til Seow og Bainbridge (2018) som sier at en helhetlig tilnærming fører til at pasienten føler seg mer tilfreds, får ryddet opp i personlige problemer, og opplever bedre livskvalitet og til slutt lindrer alle typer lidelse.

I tillegg til pasienten, er det andre aspekter som er med på å bidra til en helhetlig tilnærming. Pasientens familie har ofte et like stort behov for å bli sett og hørt, og det kan være mye som bidrar til usikkerhet og vanskeligheter. Derfor er det viktig at sykepleier, er tilstede og er tilgjengelig for både pasienten og familien (Mehta og Chan, 2008). Omsorgen må være familieorientert (Fjørtoft, 2016).

Case-studien til Mehta og Chan (2008) er med på å støtte opp om viktigheten av å jobbe med pasienten og familien som en enhet. Dersom det blir lagt til rette for familiemøter, kan dette gi rom for å uttrykke følelser og frustrasjon. Det er viktig at pasienten får utløp for sine følelser og han får lov til å føle det han føler. Denne pasientens historie beviser behovet for at helseprofesjonene, setter seg inn i begrepet «total pain». Rammeplanen for sykepleieutdanning sier at sykepleier skal ha handlingskompetanse til å lindre lidelse (Kunnskapsdepartementet, 2008). Men har nyutdannede sykepleiere nok kunnskap om det helhetlige bildet?

Kreftpasientene i Gibbins, *et al.* (2014) snakket om smerter og andre symptomer som en helhet. Studien til Mehta og Chan (2008) viser at den fysiske, psykiske, psykososiale, sosiale og spirituelle dimensjonen må tas med i den helhetlige tilnærmingen av smertelindringen. De definerer psykologisk smerte som angst, redsel, skyld og sinne. Studien viser at det er vanskelig å behandle fysisk smerte uten å ta tak i de sosiale og emosjonelle påvirkningene som pasienten og familien opplever. I følge Ong og Forbes (2005) omtalte Cicely Saunders begrepet «total pain» som hele menneskets smerte, og mente det var viktig å ivareta og behandle helheten. Når pasienten opplever å ha smerte, er det sykepleiers ansvar å lindre disse smertene. Sykepleiers oppgave er å finne ut hvor smerten sitter uavhengig av om den er fysisk, psykisk, sosial eller spirituell/åndelig. All smerte må behandles for å kunne behandle helhetlig (Hansen, 2006; Ong og Forbes, 2005).

#### **5.4 Tid, tilgjengelighet og ressurser**

I følge Wilson, *et al.* (2014) og Molnes (2014) har sykepleierne for mye å gjøre. Det er for få sykepleiere på jobb sammenlignet med arbeidsmengden. Ressursmangler, spesielt mangel på personell, fører til dårligere smertelindring av kreftpasientene. Tidspresset gjør at man må prioritere de dårligste pasientene og det går ut over de andre pasientene. Fordi man ikke har nok tid til hver enkelt pasient, får man ikke observert pasienten eller ikke kartlagt smertene godt nok (Molnes, 2014; Blondal og Halldorsdottir, 2009). Fjørtoft (2016) skriver at tid er den rammefaktoren som oftest blir trukket frem som en styrende faktor i helsetjenestene. Effektivitet blir målt i antall pasienter i ett stramt tidskjema. Dette fungerer ikke i praksis hvis man skal dekke pasientenes varierende behov. Sykdomsforløp hos kreftpasienter er individuelt og varierer fra dag til dag, noe som resulterer i utfordrende og varierende omsorgsbehov. Dette betyr blant annet at pasientene kan ha ulike behov for hjelp og omsorg fra dag til dag.

Egne erfaringer fra jobb i hjemmesykepleien, finner støtte i faglitteraturen og i vitenskapelige artikler. Det daglige jaget, tidspresset og mangel på arbeidskraft er en del av hverdagen som preger tilbudet pasientene får. Som sykepleier må man ofte forlate pasienten før man har observert effekten av smertestillende, på grunn av tidspresset arbeidslisten medfører. Tidspresset er med på å bidra til at sykepleierne kjenner på dårlig samvittighet ovenfor pasientene. Dette er erfaringer som støttes av sykepleierne i Molnes (2014) og Wilson, *et al.* (2014). For god tid er en mangelvare i hjemmesykepleien.

For å sikre rask hjelp ved akutte situasjoner og ved forverring av sykdom er det viktig å ha tilgang til hjemmesykepleien hele døgnet. I Seow og Bainbridge (2018) kommer det fram at hvis hjelpen var tilgjengelig døgnet rundt og kom raskt, kunne det forhindre unødvendige innleggelses.

## 5.5 Samhandling

Utskrivelse fra sykehus til hjemmet er ifølge Molnes (2014) ofte noe problematisk. Pasient og pårørende forventer mye av hjemmesykepleien og at de kan stille opp med en gang noe oppstår. Legene og sykepleierne i spesialisthelsetjenesten lover at hjemmesykepleien kan gjøre det meste. Dette fører til at hjemmesykepleien må bruke mye tid på å klargjøre ovenfor pasient og pårørende akkurat hva de kan hjelpe med og hvordan hjemmesykepleien fungerer. Det brukes derfor unødvendig mye tid før sykepleier kan fokusere på pasienten (Molnes, 2014).

Utfordringer som hindrer god samhandling finner vi på både individnivå og systemnivå. Siden dagens helsetjenester er oppdelte og spesialiserte, det kan føre til en uklar ansvars- og oppgavefordeling som gjør samhandlingen mellom tjenester og yrkesgrupper utfordrende (Fjørtoft, 2016). Sykepleierne i Molnes (2014) mente at det bør fokuseres mer på kommunikasjon og rutiner mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten for å lette overgangen mellom omsorgsnivåene og styrke samarbeidet.

Ett av målene med samhandlingsreformen er at flere pasienter skal behandles lokalt. Det fører til større press på kommunehelsetjenesten, da kommunen må ta imot utskrivningsklare pasienter fra første dag eller betale døgnpris til sykehuset. En undersøkelse gjort etter at samhandlingsreformen ble innført, bekrefter at samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten ikke er godt nok. Det er derfor behov for forbedring (Fjørtoft, 2016).

Flere pasienter blir utskrevet fra sykehus uten at epikrise, sykepleiesammenfatning og medikamentliste følger med pasienten. Mangel på tilgjengelige opplysninger fører til at det brukes mye tid på å innhente informasjonen fra avdelingen pasienten er utskrevet fra. Noen av sykepleierne mente at det var like viktig å ha egen dokumentasjon i orden, slik som hjemmejournal. Men på grunn av tidspress og lite ressurser ble ikke oppdatering av hjemmejournalen prioritert (Molnes, 2014).

I følge Seow og Bainbridge (2018) er det ideelt å ha klare instruksjoner om hvem man kontakte og hvordan, tilgjengelig for pårørende dersom det oppstår krise. Klare instruksjoner vil resultere i at man opplever rask respons, god tilgjengelighet og færre innleggelse i sykehus. Individuell plan kan være et godt verktøy i palliativ behandling, da kontaktpersoner



og ønsker for behandlingen er satt opp i samarbeid med pasient, hjelpeinstanser (fastlege, hjemmesykepleien, spesialisthelsetjenesten osv.) og eventuelt pårørende (Lunde, 2017; Olsen, 2017).

## **5.6 Pasientmedvirkning**

Det er ikke alle pasienter som tar smertestillende medisiner som forskrevet, flere tok bare smertestillende for å ta smertetoppene (Gibbins, *et al.*, 2014). Dersom pasienten blir hørt og hans tidligere opplevelser med smerte blir tatt hensyn til, kan man forebygge at pasienten ikke tar medisiner slik som legen har forskrevet. Det er viktig at sykepleier underviser og veileder i bruken av smertelindrende medisiner, om virkning og bivirkninger. Undervisning om kreftmerter og smertestillende kan bidra til økt forståelse og kunnskap slik at pasientens usikkerhet reduseres. Dette kan føre til at pasienten føler større tillit og trygghet til helsevesenet og at pasienten følger opp den foreskrevde legemiddelbehandlingen (Lorentsen og Grov, 2010). Sykepleier tolker pasientens smerte gjennom egne erfaringer. Sykepleiers holdninger til smerte og smertelindring kan overføres til pasienten og påvirke utfallet av pasientens opplevelse og smertelindring (Berntzen, Danielsen og Almås, 2010).

I følge Virginia Henderson skal sykepleier bidra til at pasienten blir selvstendig så raskt som mulig (Mathisen, 2011). Selvstendighet kan være noe annet for denne pasientgruppen, enn resten av befolkningen. For kreftpasientene i Gibbins, *et al.* (2014) var det viktig at smertene ble lindret nok til at de fungerte i hverdagen. De ønsket å leve så normalt som mulig og være så selvstendige som mulig, men det betyr nødvendigvis ikke at de skal greie alt de gjorde tidligere. Ved å undervise og veilede, lytte og forstå kan sykepleier sammen med pasienten komme frem til en plan som pasienten føler fungerer. Dersom pasientene føler det er sin plan, er det lettere for dem å følge den og å forholde seg til planen (Lorentsen og Grov, 2010).

Selvstendighet kan pasientene oppnå gjennom brukermedvirkning og Empowerment. Empowerment er medvirkning, anerkjennelse av pasientens egen kompetanse om seg selv og maktfordeling (Tveiten, 2012). I Empowerment er målet at personen kan styre sitt liv mer effektivt mot egne mål og behov. Det er noe man tilegner seg gjennom egen kraft og styrke (Olsen, 2017).

## **5.7 Samarbeid med pårørende**

I Wilson, *et al.* (2014) oppgir sykepleierne at de opplever utfordringer i forbindelse med familiesituasjonen rundt pasienten. De opplever at familien strever med å akseptere deres nærmeste sin sykdom og at dette er krevende for dem. Noen familier holdt tilbake viktig informasjon om pasienten, og det er misforståelser knyttet til smertelindring. Sykepleierne opplever at det er vanskelig å danne et godt forhold til pasient og pårørende i starten, men at det blir enklere etter hvert som de blir kjent med hverandre. Birkeland og Flovik (2014) skriver at det er viktig å ha en samtale med pasient og pårørende der gjensidige forventninger og grenser blir tatt opp.

I følge Seow og Bainbridge (2018) er det viktig å forberede pårørende gjennom undervisning og veiledning på tiden som kommer og hva de kan forvente. I rammeplan for sykepleieutdanning står det at undervisning og veiledning av pasient og pårørende er sykepleierens ansvar, men det kreves kompetanse og erfaring om praksisstedets egenart for å kunne ha tilfredsstillende handlingskompetanse (Kunnskapsdepartementet, 2008). Fjørtoft (2016) bekrefter betydningen av mer informasjon og samarbeid med pårørende i palliativ fase. Dette er viktig ettersom pårørende ofte er en forutsetning for at pasienten kan være hjemme.

## **5.8 Sykepleiers moralske og indre konflikter**

I Blondal og Halldorsdottir (2009) forteller sykepleierne at de er redd for at pasientene skal bli avhengige av smertestillende, og gi for mye smertestillende. Frykten for avhengighet kan diskuteres i forbindelse med palliasjon (Hoffman og Lyngstadaas, 2005). I følge Berntzen, Danielsen og Almås (2010) kommer underbehandling av smerte av en overdreven frykt for alvorlige bivirkninger. Sykepleier må derfor få tilegne seg mer kunnskap om farmakologi og smertelindring for å føle seg tryggere.

En annen utfordring er når pasientene ønsker mer smertestillende, noen ganger begynte sykepleierne å tvile på om pasienten virkelig trengte det (Blondal og Halldorsdottir, 2009). Det er vanskelig for sykepleier å vurdere smerte. Smerten kan være simulert eller være reel, sykepleier må derfor velge mellom å ha tillit til pasienten og tvile på det han sier (Berntzen, Danielsen og Almås, 2010). En må da velge å stole på pasientens opplevelse, eller ikke.

## **5.9 Metodiske overveielser**

I denne litteraturstudien ble det benyttet primærkilder og sekundærkilder. For å få så oppdatert forskning som mulig, har studiens hovedartikler en publikasjonsramme på de siste ti år.

Fem av de seks artiklene vi har inkludert er skrevet på engelsk, det må derfor tas høyde for eventuelle feiltolkninger i forbindelse med oversettelse.

I alle de seks artiklene er det benyttet kvalitativ metode. Dette er hensiktsmessig for å kunne svare på vår problemstilling, da vi er ute etter erfaringer og meninger. Kvantitative studier ble vurdert, men oppfattet som uaktuelle i forhold til problemstillingen.

Artikkelen til Mehta og Chan (2008) har ikke en IMRaD struktur, men er vitenskapelig og fagfellevurdert. Den belyser en vinkling innen palliasjon som vi ønsket å trekke inn i vår studie og har derfor inkludert den.

Seow og Bainbridge (2018) har gjort egne tolkninger av primærkilder i sin oversiktsartikkel. Disse tolkningene kan være feilaktige, men siden den er fagfellevurdert har den gjennomgått en kvalitetssikring og er derfor inkludert.

Studien Blondal og Halldorsdottir (2009) handler om sykepleiere på sykehus og deres erfaringer. Disse erfaringene kan man til en viss grad overføre til hjemmesykepleien, hvis man tar høyde for ulike rammevilkår. Det er derfor trukket ut det som er mest relevant for denne litteraturstudien.

I bakgrunns- og diskusjonskapittelet er det benyttet både primærkilder og sekundærkilder. Sekundærkildene er hovedsakelig faglitteratur som vi har hatt som pensum eller resurslitteratur gjennom studiet, og faglitteratur vi har funnet på universitetsbiblioteket. Dette er kilder vi anser som pålitelige og har derfor valgt å bruke disse. Fagartikler benyttet i studien, er blitt publisert på troverdige nettsider.

## **5.10 Ethiske overveielser**

Fem av artiklene som ble inkludert er godkjent av etiske komiteer. I artikkelen til Mehta og Chan (2008) er ikke dette oppgitt, men den er anonymisert for å ta hensyn til pasient og pårørende.

## 6.0 Konklusjon

Vi har gjennom denne litteraturstudien funnet flere utfordringer som påvirker smertelindringen til kreftsyke palliative pasienter i hjemmet.

Hjemmesykepleier opplever utfordringer ved å ikke ha tilstrekkelig kunnskap for å gi god smertelindring, og utfordringer ved tilegnelse av ny kunnskap. Lite tilrettelegging, dårlig tid og medarbeiders holdninger er faktorer som hindrer muligheten for tilegnelse av ny kunnskap. Arbeidsgiver har ett ansvar for tilrettelegging slik at kompetanseheving kan gjennomføres. Dersom sykepleier får mulighet til faglig oppdatering og eventuelt videreutdanning vil det bygge oppunder loven om faglig forsvarlighet i kommunehelsetjenesten.

Utfordringer ved bruk av kartleggingsverktøy for smerte er tidsbruk, manglende opplæring, ulik bruk og forståelse. Sykepleierne har ofte ulike holdninger rundt slike verktøy som gjør systematisk bruk vanskelig, og enkelte sykepleiere mener at det holder å spørre pasienten om smerten. Siden det er ulike meninger og varierende opplæring kan det være vanskelig å bruke disse verktøyene kontinuerlig og regelmessig, og få ett reelt bilde av pasientens smerte og smertens utvikling.

For å kunne gi god smertelindring må sykepleieren se hele pasienten. Dette kan være utfordringer når pasientens opplevelse av smerte er sammensatt. Sykepleier må derfor ha kunnskaper om den fysiske, psykiske, psykososiale, sosiale og spirituelle dimensjonen av smerte for å ha en helhetlig tilnærming til smertelindringen. En annen utfordring er at sykepleier må kunne se pasient og pårørende som en helhet, fordi pasientens mulighet til å være i hjemmet ofte er avhengig av pårørende.

Organisatoriske utfordringer som tid, arbeidsmengde og ressurser er med å senke kvaliteten og hindre tilfredsstillende sykepleie til denne pasientgruppen. Sykepleierne i studien opplever at det er vanskelig å observere og vurdere smerte, og behovet for smertelindring samt effekten når tiden ikke strakk til. For å kunne gi pasientene bedre behandling og oppfølging, må det være flere sykepleiere på jobb.

Vi ser at hjemmesykepleierne møter på utfordringer i samarbeidet med spesialisthelsetjenesten. Sykepleiere i hjemmesykepleien opplever at sykehuset lover for mye, dette gjør at pasient og pårørendes forventninger til hjemmesykepleien er større enn det som kan tilbys. Siden kreftpasienter ofte krever ett sammensatt tilbud fra flere tjenester og

yrikesgrupper, kan det oppstå utfordringer med ansvarsfordeling og kommunikasjon mellom disse.

Det er en utfordring at pasientene ikke tar medisinen som forskrevet av lege. Her må sykepleier undervise og veilede, slik at pasienten får kunnskaper om smerte og smertelindring. Sykepleier og lege må sammen med pasienten bli enige om en løsning som er den beste for pasienten.

Sykepleiere opplever utfordringer med at pårørende ikke aksepterer sin nærmeste sin sykdom. Det er utfordringer med at pårørende holdt tilbake viktig informasjon om pasienten og er uenige i smertebehandlingen. Sykepleiers undervisende og veiledende funksjon er sentral, i forhold til å forberede pasient og pårørende på tiden som kommer, og forventninger rundt den palliative fasen.

Frykten for avhengighet og alvorlige bivirkninger er en utfordring sykepleiere står ovenfor. Dette kan føre til underbehandling av smerte fordi sykepleiere vegrer seg mot å gi mer smertelindring. Det er kanskje spesielt utfordrende i hjemmesykepleien der sykepleier ofte er alene hos pasienten. Et av de viktigste tiltakene er å styrke sykepleierens kompetanse innen farmakologi, slik at sykepleieren er bedre rustet til å ta slike avgjørelser.

Avslutningsvis ser vi at tilegnelse av kunnskap er den største utfordringen i hjemmesykepleierens arbeid med smertelindring av den palliative kreftpasienten. Kunnskap er en viktig del av alle utfordringene som er presentert i konklusjonen. Dette kan forbedres ved at arbeidsgiver tilbyr og tilrettelegger for videreutdanning og kompetanseheving innen palliasjon og helhetlig lindring. Samtidig så har sykepleieren et selvstendig ansvar for faglig oppdatering.

Siden samhandlingsformen tilstreber at mer pasientbehandling skal foregå i kommunehelsetjenesten, er det nødvendig med mer undervisning om smertelindring og palliasjon i grunnutdanningen til sykepleiere. Denne undervisningen er viktig for å møte fremtidens utfordringer. Hvordan dette skal utføres bør undersøkes videre, det bør også tas med i betraktning når ny sykepleierutdanning skal innføres i år 2020.

## 7.0 Litteraturliste

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

Aveyard, H. (2014) *Doing a Literature Review in Health and Social Care : A Practical Guide*. McGraw-Hill Education. Tilgjengelig fra:  
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=nlebk&AN=697591&site=ehost-live>.

Bahus, M. K. (2015) *Brukermedvirkning*. Tilgjengelig fra: <https://snl.no/brukermedvirkning> (Hentet: 23.04. 2018).

Berntzen, H., Danielsen, A. og Almås, H. (2010) Sykepleie ved smerter, i Almås, H., *et al.* (red.) *Klinisk sykepleie : 1*. 4. utg. Oslo: Gyldendal akademisk, s. 355-398.

Bertelsen, B., Hornslien, K. og Thoresen, L. (2014) Svulster, i Ørn, S., Mjell, J. og Bach-Gansmo, E. (red.) *Sykdom og behandling*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS, s. 123-145.

Birkeland, A. og Flovik, A. M. (2014) *Sykepleie i hjemmet*. 2. utg. Oslo: Cappelen Damm akademisk.

Blondal, K. og Halldorsdottir, S. (2009) The challenge of caring for patients in pain: from the nurse's perspective, *Journal of Clinical Nursing*, 18(20), s. 2897-2906. doi: 10.1111/j.1365-2702.2009.02794.x.

Brenne, A.-T. og Estenstad, B. (2016) Hjemmedød, i Kaasa, S., Loge, J. H. og Haugen, D. R. F. (red.) *Palliasjon : nordisk lærebok*. 3. utg. Oslo: Gyldendal akademisk, s. 161-171.

Dalland, O. (2012) *Metode og oppgaveskriving for studenter*. 5. utg. Oslo: Gyldendal akademisk.

Fjørtoft, A.-K. (2016) *Hjemmesykepleie : ansvar, utfordringer og muligheter*. 3. utg. Bergen: Fagbokforl.

Gibbins, J., *et al.* (2014) What do patients with advanced incurable cancer want from the management of their pain? A qualitative study, *Palliative Medicine*, 28(1), s. 71-78. doi: 10.1177/0269216313486310.

Grov, E. K. (1999) Død hjemme — hvordan kan sykepleieren bidra til å fremme mulighet for personer med langtkommen kreft til å dø hjemme?, *Vård i Norden*, 19(4), s. 4-9. doi: 10.1177/010740839901900402.

Hansen, S. R. (2006) Den totale smerte, *Klinisk sygepleje*, 20(02), s. 15-23. Tilgjengelig fra: [http://www.idunn.no/klinisk\\_sygepleje/2006/02/den\\_totale\\_smerte](http://www.idunn.no/klinisk_sygepleje/2006/02/den_totale_smerte).

Helsebiblioteket (2016) *Sjekklistor*. Tilgjengelig fra: <http://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistor> (Hentet: 28.04. 2018).

Helsedirektoratet (2015) *Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen*. Oslo: Helsedirektoratet. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/918/Nasjonalt%20handlingsprogram%20for%20palliasjon%20i%20kreftomsorgen-IS-2285.pdf> (Hentet: 04.04.2018).

Helsepersonelloven (1999) *Lov om helsepersonell m.v.* Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/pro/NL/lov/1999-07-02-64> (Hentet: 10.05. 2018).

Henriksen, S. G. (2012) Samhandlingsreformen og dens konsekvenser for sykepleiere, i Gammersvik, Å. og Larsen, T. (red.) *Helsefremmende sykepleie-i teori og praksis*. Bergen: Fagbokorlaget, s. 57-75.

Hoffman, B. og Lyngstadaas, A. (2005) Den vanskelige omsorgen, *Tidsskriftet sykepleien*, 93(17), s. 26-31. doi: 10.4220/sykepleiens.2005.0037.

Kirkevold, M. (1998) *Sykepleieteorier : analyse og evaluering*. 2. utg. Oslo: Ad notam Gyldendal.

Kreftregisteret (2018) *FAKTA OM KREFT*. Tilgjengelig fra:  
<https://www.kreftregisteret.no/Generelt/Fakta-om-kreft/> (Hentet: 04.04. 2018).

Kruse, A. M. (2003) *Dame Cicely Saunders - om mødet med et forbillede*. Tilgjengelig fra:  
<http://www.hospiceforum.dk/page83.aspx> (Hentet: 08.03. 2018).

Kunnskapsdepartementet (2008) *Rammeplan for sykepleierutdanning*  
Kunnskapsdepartementet. Tilgjengelig fra:  
[https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kd/vedlegg/uh/rammeplaner/helse/rammeplan\\_sykepleierutdanning\\_08.pdf](https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kd/vedlegg/uh/rammeplaner/helse/rammeplan_sykepleierutdanning_08.pdf).

Leiva, R. A. (2010) *Death, suffering, and euthanasia*. Tilgjengelig fra:  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2902937/> (Hentet: 14.05. 2018).

Lorentsen, V. B. og Grov, E. K. (2010) Generell sykepleie ved kreftsykdommer, i Almås, H.,  
*et al.* (red.) *Klinisk sykepleie* : 2. 4. utg. Oslo: Gyldendal akademisk, s. 401-437.

Lunde, S. A. E. (2017) *Individuell plan i palliativ fase - ei hjelp til meistring for pårørende*.  
Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/forskning/2017/10/individuell-plan-i-palliativ-fase-ei-hjelp-til-meistring-parorande> (Hentet: 23.04. 2018).

Mathisen, J. (2011) Hva er sykepleie?, i Holter, I. M. og Mekki, T. E. (red.) *Sykepleieboken : 1 : Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*. 4. utg. Oslo: Akribe, s. 149-168.

Mehta, A. og Chan, L. (2008) Understanding the concept of 'total pain': a prerequisite for pain control, *Journal of Hospice and Palliative Nursing*, 10(1), s. 26-34. doi:  
10.1097/01.NJH.0000306714.50539.1a.

Molnes, S. I. (2014) Sykepleieres erfaringer med smertelindring til hjemmeboende kreftpasienter, *Nordisk sygeplejeforskning*, (02), s. 142-155. Tilgjengelig fra:  
[https://www.idunn.no/nsf/2014/02/sykepleieres\\_erfaringer\\_medsmertelindring\\_til\\_hjemmeboende](https://www.idunn.no/nsf/2014/02/sykepleieres_erfaringer_medsmertelindring_til_hjemmeboende).



Norgeshelsa statistikkbank (2017) *Kreft, nye tilfeller (LHF) – kjønn samlet, alle aldre*.

Tilgjengelig fra:

[http://www.norgeshelsa.no/norgeshelsa/index.jsp?headers=AAR&headers=KREFTTYPE&stubs=GEO\\_LFB&stubs=virtual&measure=common&layers=KJONN\\_MK&layers=ALDER\\_DOD&study=http%3A%2F%2F158.36.43.171%3A80%2Fobj%2FStudy%2FKreft-NH&GEO\\_LFBslice=0&mode=cube&virtualsubset=Antall\\_value&GEO\\_LFBsubset=0%2C01+-+50&KREFTTYPEsubset=C00\\_96\\_D32\\_33\\_D45\\_46&KJONN\\_MKsubset=0&ALDER\\_DODsubset=0\\_120&KJONN\\_MKslice=0&AARslice=1996\\_1996&virtualslice=Antall\\_value&KREFTTYPEslice=C00\\_96\\_D32\\_33\\_D45\\_46&ALDER\\_DODslice=0\\_120&v=2&AARsubset=1996\\_1996%2C2006\\_2006%2C2016\\_2016&measuretype=4&language=no&cube=http%3A%2F%2F158.36.43.171%3A80%2Fobj%2FCube%2FKreft-NH\\_C1&top=yes](http://www.norgeshelsa.no/norgeshelsa/index.jsp?headers=AAR&headers=KREFTTYPE&stubs=GEO_LFB&stubs=virtual&measure=common&layers=KJONN_MK&layers=ALDER_DOD&study=http%3A%2F%2F158.36.43.171%3A80%2Fobj%2FStudy%2FKreft-NH&GEO_LFBslice=0&mode=cube&virtualsubset=Antall_value&GEO_LFBsubset=0%2C01+-+50&KREFTTYPEsubset=C00_96_D32_33_D45_46&KJONN_MKsubset=0&ALDER_DODsubset=0_120&KJONN_MKslice=0&AARslice=1996_1996&virtualslice=Antall_value&KREFTTYPEslice=C00_96_D32_33_D45_46&ALDER_DODslice=0_120&v=2&AARsubset=1996_1996%2C2006_2006%2C2016_2016&measuretype=4&language=no&cube=http%3A%2F%2F158.36.43.171%3A80%2Fobj%2FCube%2FKreft-NH_C1&top=yes) (Hentet: 19.04. 2018).

Norheim, K. H. og Thoresen, L. (2015) Sykepleiekompetanse i hjemmesykepleien – på rett sted til rett tid?, *Sykepleien Forskning*, (1), s. 14-22. doi: 10.4220/Sykepleienf.2015.53343.

Norsk Helseinformatikk (2018) *Smerte*. Tilgjengelig fra:

<https://nhi.no/sykdommer/kirurgi/behandlinger/smerte-hva-er-det/> (Hentet: 29.04. 2018).

Norsk legemiddelhåndbok (2016) *T21.1.1 Smerter*. Tilgjengelig fra:

<http://legemiddelhandboka.no/terapi/23454> (Hentet: 09.04. 2018).

Norsk senter for forskningsdata (2018) *Register over vitenskapelige publiseringskanaler*.

Tilgjengelig fra: <https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/Forside> (Hentet: 05.04. 2018).

Norsk sykepleierforbund (2011) *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere : ICNs etiske regler*. Tilgjengelig fra: [https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte\\_pdf.pdf](https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf) (Hentet: 27.02. 2018).

Nortvedt, P. (2012) *Omtanke : en innføring i sykepleiens etikk*. 1. utg. Oslo: Gyldendal akademisk.

NOU 2017:16 (2017) *På liv og død : palliasjon til alvorlig syke og døende*. Oslo:

Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon, Informasjonsforvaltning. Tilgjengelig

fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/995cf4e2d4594094b48551eb381c533e/nou-2017-16-pa-liv-og-dod.pdf>.

Olsen, B. C. R. (2017) Om å vite best.. sammen - brukarmedvirkning i helse-og sosialsektoren, i Stamsø, M. A. (red.) *Velferdsstaten i endring : om norsk helse- og sosialpolitikk*. 3. utg. Oslo: Gyldendal akademisk.

Ong, C.-K. og Forbes, D. (2005) Embracing Cicely Saunders's concept of total pain, *BMJ : British Medical Journal*, 331(7516), s. 576-577. Tilgjengelig fra: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1200625/>.

Pasient og brukerrettighetsloven (1999) *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. Tilgjengelig fra: <http://lovdata.no/lov/1999-07-02-63/§3-1> (Hentet: 07.05. 2018).

Seow, H. og Bainbridge, D. (2018) A Review of the Essential Components of Quality Palliative Care in the Home, *Journal of Palliative Medicine*, 21(S1), s. S-37-S-44. doi: 10.1089/jpm.2017.0392.

Spesialisthelsetjenesteloven (1999) *Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven)*. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/pro/NL/lov/1999-07-02-61> (Hentet: 07.05. 2018).

The International Association for the Study of Pain (2017) *IASP Taxonomy*. Tilgjengelig fra: <https://www.iasp-pain.org/Taxonomy#Pain> (Hentet: 05.04. 2018).

Thidemann, I.-J. (2015) *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter : den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. 1. utg. Oslo: Universitetsforl.

Tveiten, S. (2012) Empowerment og veiledning - Sykepleieres pedagogiske funksjon i helsefremmende arbeid, i Gammersvik, Å. og Larsen, T. (red.) *Helsefremmende sykepleie-i teori og praksis*. Bergen: Fagbokforlaget, s. 173-193.

Vadstrup, E. S. og Sjøgren, P. (2013) Cancersmertetilstande - epideomiologi, ætiologi og behandling, i Staehelin Jensen, T., Dahl, J. B. og Arendt-Nielsen, L. (red.) *Smerter : baggrund, evidens, behandling*. 3. udg. utg. København: FADL, s. 315-331.

Wilson, C., *et al.* (2014) A Qualitative Exploration of District Nurses' Care of Patients With Advanced Cancer: The Challenges of Supporting Families Within the Home, *Cancer Nursing*, 37(4), s. 310-315. doi: 10.1097/NCC.0b013e31829a9a56.

### Vedlegg 1: Analyse av resultat

|  | Molnes (2014) | Wilson, <i>et al.</i><br>(2014) | Seow og<br>Bainbridge<br>(2018) | Gibbins, <i>et al.</i><br>(2014) | Blondal og<br>Halldorsdottir<br>(2009) | Mehta og Chan<br>(2008) |
|--|---------------|---------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|--|-------------------------|
| Sykepleier perspektiv                      | x             | x                               | x                               |                                  | x                                      |                         |
| pasientperspektiv                          |               |                                 | x                               | x                                |  |                         |
| Pårørendeperspektiv                        |               |                                 | x                               |                                  |  |                         |
| Observerende perspektiv                    |               |                                 |                                 |                                  |  | x                       |
| <b>Tema i artiklene</b>                    |               |                                 |                                 |                                  |  |                         |
| Kunnskaper                                 | x             |                                 | x                               |                                  |  |                         |
| kartleggingsverktøy                        | x             |                                 |                                 | x                                | x                                      |                         |
| Helhetlig tilnærming av<br>smerte          |               |                                 | x                               | x                                |  | x                       |
| Tid og resurser                            | x             | x                               | x                               |                                  | x                                      |                         |
| Samhandling                                | x             |                                 | x                               |                                  |  |                         |
| Familie og pårørende                       |               | x                               | x                               |                                  |  | x                       |
| Sykepleiers indre og<br>moralske dilemmaer |               |                                 |                                 |                                  | x                                      |                         |