

Malin Aasen, Synne Sagbakken Langseth, Sofie
Letrud og Camilla Læhren

Hvordan sikre kontinuerlig smertevurdering for pasienter i livets slutfase i hjemmet?

Bacheloroppgave i Sykepleie
Veileder: Siri Gunn Simonsen

Mai 2020

Malin Aasen, Synne Sagbakken Langseth, Sofie
Letrud og Camilla Læhren

Hvordan sikre kontinuerlig smertevurdering for pasienter i livets slutfase i hjemmet?

Bacheloroppgave i Sykepleie
Veileder: Siri Gunn Simonsen
Mai 2020

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for helsevitenskap i Gjøvik



Kunnskap for en bedre verden

SAMMENDRAG

Tittel:	Hvordan sikre kontinuerlig smertevurdering for pasienter i livets slutfase i hjemmet?	Dato: 26.05.20
Forfattere:	Malin Aasen Synne Sagbakken Langseth Sofie Letrud Camilla Læhren	
Veileder(e):	Siri Gunn Simonsen	
Stikkord/nøkkelord (3-5 stk)	Palliativ pleie, smertevurdering, hjemmesykepleie	
Antall sider/ord: 41/9570	Antall vedlegg: 0	
Kort beskrivelse av bacheloroppgaven:		
<p>Bakgrunn: Kontinuerlig smertevurdering og smertelindring av hjemmeboende pasienter i den palliative fasen kan være utfordrende da sykepleierne ikke får observert pasienten i like stor grad som ved innleggelse i institusjon. Dette kan føre til at pasientenes symptomer ikke blir oppdaget, og at smertelindringen dermed blir utilstrekkelig.</p>		
<p>Hensikt: Denne studien har til hensikt å undersøke og belyse ulike metoder som kan bidra til å sikre kontinuerlig smertevurdering hos palliative pasienter i hjemmet.</p>		
<p>Metode: Oppgaven er en litteraturstudie. Fem vitenskapelige artikler er inkludert etter strukturerte søk i ulike databaser.</p>		
<p>Resultat: Funn i artiklene viser at kartleggingsverktøy er nyttig, men at det likevel blir brukt i varierende grad av sykepleiere. Årsakene til dette kan være mangel på tid, opplæring og kompetanse i hjemmesykepleien. Ulike hjelpemidler i form av kartleggingsverktøy og digitale løsninger kan gjøre kartleggingen enklere, og noen av forslagene som blir presentert kan brukes av pasienten selv, pårørende eller omsorgspersoner.</p>		
<p>Konklusjon: Hyppig bruk av velutviklede smertekartleggingsverktøy kan bidra til å bedre smertevurderingen og gi god palliativ pleie. Kartleggingsverktøy som ESAS har vist seg å være godt egnet til å vurdere smerte. Tilgang på ulike kartleggingsverktøy og valg av riktig metode, kan gjøre vurderingen sikker. Det er derfor nødvendig at verktøyene blir brukt på korrekt måte, og noe som kan sikres gjennom god opplæring. Dermed kan omsorgspersoner og helsepersonell føle seg tryggere i bruken av ulike kartleggingsverktøy, og smertevurderingen kan gjennomføres hyppigere.</p>		

ABSTRACT

Title:	<u>How to ensure continuous pain assessment for end-of-life patients at home?</u>	Date: 26.05.20
Authors:	<u>Malin Aasen</u>	
	<u>Synne Sagbakken Langseth</u>	
	<u>Sofie Letrud</u>	
	<u>Camilla Læhren</u>	
Supervisor(s)	<u>Siri Gunn Simonsen</u>	
Keywords (3-5)	<u>Palliative care, pain assessment, home care nursing</u>	
Number of pages/words: 41/9570	Number of appendix: 0	
Short description of the bachelor thesis:		
<p>Background: Continous pain assessment and pain relief of home based palliative patients can be challenging, as the nurses do not observe the patient to the same extent as when admitted to an institution. This can lead to the patient´s symptoms not being discovered, thus the pain relief becomes insufficient.</p> <p>Aim: The aim of this study is to investigate and elucidate various methods that can help ensure continuous pain assessment in home based palliative patients.</p> <p>Methods: This bachelor thesis is a literature review. Five scientific articles were included after conducting structured searches in various databases.</p> <p>Results: Findings in the articles show that the use of pain assessment tools is useful, but nevertheless they are used to varying degrees by the nurses. Reasons for this may be lack of time, training and competence in home care nursing. Various tools in the form of pain assessment tools and digital solutions can make the assessment easier, and some of the presented suggestions can be used by either the patient himself, relatives or caregivers.</p> <p>Conclusion: Frequent use of well-developed pain assessment tools can contribute to improve pain assessment and provide good palliative care. Pain assessment tools such as ESAS has proven to be well suited for assessing pain. Access to various assessment tools, and choosing the right one to use, can make the assessment secure. It is therefore necessary that the assessment tools are used correctly, which can be ensured through proper training. Thus, caregivers and health professionals can feel more secure in the use of various assessment tools, and the assessment can be performed more frequently.</p>		

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning	5
1.1 Introduksjon til valgt tema	5
1.2 Sykepleiefaglig relevans.....	5
1.3 Begrepsavklaring	6
2.0 Bakgrunn	7
2.1 utfordringer i hjemmesykepleien.....	7
2.2 Smerte	8
2.3 Kartlegging, observering og vurdering av smerte	8
2.4 Smertelindring.....	10
2.5 Palliativ pleie i hjemmet	10
2.6 Dokumentasjon	11
2.7 Velferdsteknologi	12
2.8 Hensikt og problemstilling.....	13
3.0 Metode	14
3.1 Litteraturstudie som metode	14
3.2 Søkestrategi.....	14
3.3 Inklusjons- og eksklusjonskriterier	15
3.4 Søkedokumentasjon.....	16
4.0 Resultater	18
4.1 Presentasjon av resultater	18
4.2 Analyse.....	23
4.3 Sammenfatning av resultater	24
4.3.1 Tid er mangelvare i hjemmesykepleien.....	24

4.3.2 Viktigheten av symptomkartlegging	25
4.3.3 Sykepleieres kompetanse om smerte	26
4.3.4 Kan velferdsteknologi bidra til kontinuerlig smertekartlegging?.....	26
5.0 Drøfting	27
5.1 <i>Tid er mangelvare i hjemmesykepleien</i>	27
5.2 <i>Viktigheten av symptomkartlegging</i>	28
5.2.1 Tre av ti sykepleiere bruker ESAS	28
5.2.2 Dokumentasjon av smertekartlegging	30
5.2.3 Vurdering av smerte ved hjelp av pårørende	31
5.3 <i>Sykepleieres kompetanse om smerte</i>	32
5.4 <i>Kan velferdsteknologi bidra til kontinuerlig smertekartlegging?</i>	33
5.5 <i>Kildekritikk</i>	35
5.6 <i>Forskningsetiske overveielser</i>	36
6.0 Konklusjon.....	37
7.0 Litteraturliste	38

1.0 Innledning

1.1 Introduksjon til valgt tema

En studie fra Norge utført i 2018 viste at det er få hjemmedødsfall, men at det likevel er mange som har et ønske om å leve de siste dagene av livet i eget hjem og dø hjemme (Kjellstadli *et al.*, 2018). Videre viser studien at 15% av dødsfallene mellom 2012 og 2013 skjedde i hjemmet.

Sykepleier Simen Alexander Steindal viste i sin doktorgrad fra 2013 at smerter er et hyppig symptom hos døende pasienter (Hernæs, 2020). Han påpeker at hvis sykepleiere skal fange opp symptomer, må de ha tid til å vurdere pasienten. Mangel på kontinuerlig symptomvurdering kan føre til at pasienten ikke får den behandlingen han eller hun har behov for. Lav bemanning i hjemmesykepleien skaper utfordringer i forbindelse med smertekartlegging (Fonn, 2012). Hjemmesykepleien har en lang liste med pasienter de skal hjem til i løpet av en vakt, samt liten tid hos hver enkelt. Få besøk og kort tid hos hver pasient kan føre til at pasientens symptomer blir glemt og oversett av helsepersonellet (Fonn, 2012). Hva kan man gjøre for å sikre at pasientens symptomer blir kartlagt og vurdert kontinuerlig, og dermed sørge for optimal behandling?

1.2 Sykepleiefaglig relevans

Som sykepleier er det nødvendig å inneha den nødvendige kompetansen slik at en oppdager pasientenes lidelse og iverksetter aktuelle tiltak (Molnes, 2014). Ved bruk av ulike kartleggingsverktøy kan sykepleiere under besøk eller samtaler fastslå om det er behov for å iverksette tiltak. Sykepleierne har et stort ansvar for å lindre pasientenes smerte. Da er det viktig å kjenne til ulike smertelindrende tiltak og hvordan de best kan vurdere pasientens smerte (Sandvik og Rustøen, 2020).

Grunnlaget for valg av tema er et ønske om å finne god kunnskap om kontinuerlig smertelindring i hjemmet, da studier viser at flere ønsker å tilbringe sine siste dager hjemme. Det finnes store utfordringer ved kontinuerlig smertelindring i hjemmesykepleien, ettersom helsepersonell ikke er tilstede store deler av dagen for å observere pasienten. Temaet er veldig tidsaktuelt da velferdsteknologien stadig utvikler seg med nye kartleggingsverktøy for smerter.

1.3 Begrepsavklaring

- **ESAS:** Edmonton Symptom Assessment System er et kartleggingsverktøy for å registrere symptomer hos pasienter. Skjemaet består av flere spørsmål for å kartlegge ulike symptomer: smerte, slapphet, døsighet, kvalme, nedsatt matlyst, tungpust, depresjon, angst og velvære (Hui og Bruera, 2017).
- **VAS-skalaen:** Visuell Analog Skala. En skala som måler smerteintensitet fra 0-10, der 0 er ingen smerte og 10 er verst tenkelige smerte. VAS tilsvarer skalaen som brukes for å kartlegge smerte i ESAS-skjemaet. Skalaen brukes for å få et innblikk i hvor smertepreget pasienten er og dens subjektive opplevelse av smertene (Smerteterapeuten, u.å.).
- **MOBID-2:** Mobilisation-Observation-Behaviour-Intensity-Dementia, er et smertekartleggingsverktøy for personer med demens (Husebø, u.å.).

2.0 Bakgrunn

2.1 utfordringer i hjemmesykepleien

Velferdsforskningsinstituttet NOVA fikk i 2016 i oppdrag fra Norsk Sykepleierforbund (NSF) å undersøke konsekvensene av mangel på sykepleiere i kommunehelsetjenesten, herunder sykehjem og hjemmesykepleie (Gautun, Øien og Bratt, 2016). Undersøkelsen handlet om å kartlegge mangel på sykepleiere i kommunehelsetjenesten, samt spørsmål angående kvaliteten på tjenestene og arbeidsmiljøet. Rapporten viste en stor mangel på sykepleiere både i sykehjem og hjemmesykepleien, og mangelen vil øke med årene grunnet eldrebølgen (Gautun, Øien og Bratt, 2016). Rapporten viste blant annet at mange av sykepleierne følte at kvaliteten på jobben de gjør og omsorgen som ytes er utilstrekkelig. En del av forklaringen på dette er at sykepleiere har for mye tidspress i arbeidstiden, og får derfor ikke fulgt med på endringer i helsetilstanden til hver enkelt pasient. 50% av sykepleierne som svarte på undersøkelsen rapporterte om feil i legemiddelbehandling, samt at de medisinske behovene til en tredjedel av pasientene ikke ble ivaretatt. I tillegg til disse utfordringene rapporterte sykepleierne at mange av pasientene fikk den medisinske behandlingen for sent (Gautun, Øien og Bratt, 2016).

I Molnes (2014) uttrykte flere sykepleiere at kvaliteten på pleien var for dårlig, og at de hadde for kort tid hos hver pasient. Lav bemanning kan føre til at pasientene ikke får den pleien de behøver, og sykepleierne står overfor et dilemma hvor de ikke har mulighet til å utføre den jobben som er nødvendig. For å styrke sin kompetanse ønsket flere sykepleiere å lese seg opp på faglitteratur, men på grunn av lav bemanning var det ikke gjennomførbart (Molnes, 2014).

Implementeringen av Samhandlingsreformen i 2012 førte til kortere liggetid i sykehus, og pasientene blir nå skrevet ut til kommunen tidligere (Molnes, 2014). Dette har medført en økning i antall syke pasienter som kommer ut til kommunene, og hjemmesykepleiens oppgaver er dermed i endring. De som før har fått behandling på sykehus får nå behandling i hjemmet. Pasientantallet øker, og de har et mer komplekst sykdomsbilde med sammensatte behov. Dette fører til et økt behov for kompetanseheving hos sykepleierne (Molnes, 2014).

2.2 Smerte

Margo McCaffery var en amerikansk kreftsykepleier og pioner innenfor smertebehandling. Hennes definisjon på smerte betegner at smerte er det pasienten selv sier at det er, og smerten eksisterer kun når pasienten sier at den gjør det (Nortvedt, 2015). Opplevelsen av smerte er individuelt og varierer fra person til person. McCaffery påpeker derfor viktigheten av å ha tro på når pasienten uttrykker smerte, både verbalt og non-verbalt. Smerter kan være akutt, langvarig eller kronisk, og vedvarende smerter kan føre til nedsatt livskvalitet (Sandvik og Rustøen, 2020). Det er vanskeligere å behandle smerte som har vedvart over lengre tid, enn smerte som er nyoppdaget. For å finne riktig behandling er det nødvendig å kartlegge smerten, lokalisasjonen og intensiteten. Kontinuerlig kartlegging er viktig for å gi god smertebehandling, men eventuelle tiltak som iverksettes må evalueres fortløpende da kartleggingen i seg selv ikke sikrer tilfredsstillende smertelindring (Sandvik og Rustøen, 2020).

2.3 Kartlegging, observering og vurdering av smerte

For å kunne gi effektiv symptomlindring må pasientens plager kartlegges nøye. Kartlegging av symptomer, deriblant smerte, er en viktig sykepleieroppgave (Sandvik og Rustøen, 2020). Smerte kan først og fremst kartlegges ved å spørre pasienten, men det kan også kartlegges indirekte ved observasjon av fysiologiske og atferdsmessige tegn. Fysiologiske tegn på smerte kan være forhøyet blodtrykk, høy puls, rask respirasjonsfrekvens, utvidede pupiller og svetting (Hernæs, 2020).

“Kartleggingsverktøy gir personalet struktur på vurderingene og bidrar til fokus på viktige problemområder” (Molnes, 2014, avsnitt 40). Verktøyene bidrar til at sykepleierne vurderer pasienten etter felles kriterier, noe som gjør det enklere å diskutere og sammenligne. Kartleggingen gir et godt grunnlag for å gi pasienten god palliativ pleie (Molnes, 2014).

Det finnes flere ulike skjemaer som kan brukes for å kartlegge smerte. Før smertelindrende behandling blir iverksatt vil det være hensiktsmessig å utføre en kartlegging for å kunne se virkningen av den smertelindrende behandlingen. Eksempler på kartleggingsskjemaer er VAS og ESAS.

ESAS ble utviklet på en smerteklinikk i Edmonton i 1991, og har som hensikt å bedre kartleggingen av symptomer og øke kvaliteten på pasientens behandling (Hui og Bruera, 2017). I 2010 ble den originale versjonen av ESAS revidert, til en ny versjon kalt ESAS-R. ESAS er enkelt i bruk og gir en god framstilling av endringer i symptomer hos pasienten over tid. ESAS er mye brukt verden over for symptomkartlegging innenfor palliativ behandling, men også hensiktsmessig å bruke ved andre tilstander (Hui og Bruera, 2017).

Kartlegging ved hjelp av ESAS-skjema kan være vanskelig dersom pasienten har en demensdiagnose. For disse pasientene kan det være hensiktsmessig å bruke et annet kartleggingsverktøy kalt MOBID-2 (Husebø, u.å.). Skjemaet kartlegger smerteatferd med lyder, ansiktsuttrykk, avvergereaksjon, lokalisasjon på smertene og smerteintensiteten fra 0-10. Doloplus 2 er et annet smertekartleggingskjema som er forbeholdt eldre som ikke har evne til å rapportere om smerte selv (Songe-Møller *et al.*, 2005). Denne typen kartlegging deles inn etter somatiske reaksjoner, psykomotoriske reaksjoner og psykososiale reaksjoner. Nevnte kartleggingsverktøy er hensiktsmessige å bruke for pasienter hvor smerter ikke kan kartlegges optimalt ved bruk av ESAS-skjema, men de kommer ikke til å bli diskutert nærmere i denne oppgaven.

Sykepleier Steindal mener det er vanskelig å vurdere smerte når pasienten selv ikke kan uttrykke det (Hernæs, 2020). Han mener at å observere og lytte til pasienten, høre på hvilken opplevelse pårørende har av pasienten, samt samarbeid med andre kollegaer er viktig for å vurdere smerten. Steindal har noen konkrete og tydelige råd om hvordan man kan vurdere smertene til pasienten når man er tilstede:

- Se på ansiktsuttrykket til pasienten, observer rynker, grimaser og anspenhet.
- Vurder respirasjonen. Er den raskere, tyngre eller er det endringer fra normalen?
- Hvordan er kroppsspråket? Er pasienten urolig, kaver, har plutselige bevegelser, anstrenger seg eller stivner ved bevegelse?
- Hør etter lyder. Ynker, stønner, jamrer eller roper pasienten?

2.4 Smertelindring

Det fremheves av den amerikanske sykepleierforening at sykepleiere har plikt til å behandle pasienter som har behov for det og ta ansvar for å smertelindre (Sandvik og Rustøen, 2020). For å gjennomføre dette er det viktig at sykepleiere innehar tilstrekkelig kompetanse, samt at de regelmessig vurderer og revurderer pasientens smerter. Smertebehandling skal individualiseres og kontinuerlig vurderes.

Sykepleiere kan i et tverrfaglig samarbeid igangsette tiltak for å sikre god ivaretagelse av pasienten, og for å hindre negativ utvikling av smertene (Sandvik og Rustøen, 2020). God smertebehandling kan føre til en tilfredsstillende lindring og en følelse av kontroll over smertene. Hvor god smertelindringen er avhenger av hvilke type smertelindring som blir gitt, smertetypen og smerteintensiteten (Norsk Helseinformatikk, 2019).

Pasientenes egne opplevelser av smerter er det som skal sette standarden for smertelindringen og vurderingen av den smertelindrende behandlingen (Molnes, 2014). Kunnskap om forebygging, identifisering og vurdering av smerte og smertebehandling er en forutsetning for å kunne utøve tilfredsstillende behandling. Det er derimot vist at noen pasienter ikke får behandlingen de har behov for, og det kan skyldes manglende kompetanse blant sykepleiere og leger. Sykepleierne i studien til Molnes (2014) ønsket bedre tilgang på faglige oppdateringer på bakgrunn av sin manglende kompetanse.

2.5 Palliativ pleie i hjemmet

Verdens helseorganisasjon definerer palliasjon slik (Helsedirektoratet, 2018, kap. 1):

Palliativ behandling, pleie og omsorg er en tilnæringsmåte som har til hensikt å forbedre livskvaliteten til pasienter og deres familier i møte med livstruende sykdom, gjennom forebygging og lindring av lidelse, ved hjelp av tidlig identifisering, grundig kartlegging, vurdering og behandling av smerte og andre problemer av fysisk, psykososial og åndelig art.

Når en pasient blir diagnostisert med en livstruende sykdom eller nærmer seg livets slutfase, får pasienten palliativ pleie for å lindre symptomer og plager med hensikt at pasienten får best

mulig livskvalitet. Palliativ pleie skal bekrefte livet og anse døden som en normal prosess, og den skal verken fremskynde eller utsette døden (Helsedirektoratet, 2018). Den palliative pasienten kan være alt fra den fullt arbeidsføre, men med en uhelbredelig sykdom i en tidlig fase, til den sterkt hjelpetrengende pasienten med langtkommen sykdom (Norsk Legemiddelhåndbok, 2020).

Fasen hvor en pasient mottar palliativ pleie kan vare over en lang periode, og enten det er et ønske om å dø hjemme eller ikke, vil pasienten sannsynligvis tilbringe store deler av tiden sin i hjemmet. Pasienten bør selv få bestemme hvor han eller hun ønsker å tilbringe den siste tiden sin, og det skal så fremt det er mulig tilrettelegges etter pasientens ønske (Helsedirektoratet, 2018). Det vil være hensiktsmessig å utarbeide en palliativ plan hvor pasientens ønsker for tiden fremover er dokumentert. Pasienter som har behov for et koordinert tjenestetilbud, har lovfestet rett til en individuell plan og en koordinator (Helsedirektoratet, 2018). Utformingen og omfanget av en palliativ plan må tilpasses den enkeltes situasjon med stadige endringer og variabelt behov for tiltak og oppfølging. Planen skal bidra til en forutsigbar tjeneste, hvor oppgavefordelingen er satt, og det er klare avtaler om samhandling, tilgjengelighet og oppfølging (Helsedirektoratet, 2018). Det er sykepleierens oppgave å vurdere pasientens behov, og deretter gi individuelt tilpasset oppfølging av pasienten og pårørende. Det er viktig å ivareta både pasienten og pårørendes behov for samtaler og god informasjon i den palliative fasen (Helsedirektoratet, 2018).

2.6 Dokumentasjon

Alt av helsepersonell som utøver helsehjelp plikter å føre pasientjournal (Hellesø, 2015). “Journalen skal gi en oversiktlig og samlet fremstilling av pasientens helsetilstand slik at det er lett for helsepersonell å sette seg inn i pasientens helsetilstand og eventuelt videre planlagt helsehjelp” (Pasientjournalforskriften, 2019, §4). Dokumentasjon er et verktøy for å sikre god kvalitet og kontinuitet. Riktig dokumentasjon vil kunne si noe om hvilke tiltak og vurderinger som er gjort, og om disse hadde en god effekt (Hellesø, 2015). Kontinuitet i hjemmesykepleien er en utfordring da det ikke nødvendigvis er samme sykepleier som besøker pasienten fra dag til dag (Hernæs, 2018). Dokumentasjon er en måte å sikre kontinuitet i helsehjelpen til pasienten, også kalt informasjonskontinuitet (Hellesø, 2015). Dokumentasjon av smertekartlegging og tiltak som er gjort vil hjelpe neste sykepleier som skal til pasienten. Som henvist til i Hernæs (2020) fant Steindal ut at en av ti døende pasienter

ikke var godt nok smertelindret, samt at helsepersonell ikke dokumenterte smertekartlegging godt nok.

2.7 Velferdsteknologi

Hagenutvalget skrev i 2011 definisjonen på velferdsteknologi:

Med velferdsteknologi menes først og fremst teknologisk assistanse som bidrar til økt trygghet, sikkerhet, sosial deltakelse, mobilitet og fysisk og kulturell aktivitet, og styrker den enkeltes evne til å klare seg selv i hverdagen til tross for sykdom og sosial, psykisk eller fysisk nedsatt funksjonsevne (NOU 2011:11, s. 99).

Trygghetsalarm er det som er mest brukt blant velferdsteknologi, og som videre utvikles med varslings- og lokaliseringsteknologi, samt ulike former for sensorer (St. meld 29 (2012-2013)). Kompensasjons- og velværeteknologi dreier seg om å yte hjelp når det fysiske eller psykiske svikter. Velferdsteknologi omfatter også teknologi som gjør hverdagen lettere, eksempelvis regulering av lys og temperatur. En annen gruppe velferdsteknologi omhandler behandling og pleie. Dette bidrar til at mennesker føler på mestring rundt egen helse, som bruk av automatisk måling av blodsukker og blodtrykk (St. meld 29 (2012-2013)).

I 2014 kom Helsedirektoratet ut med et velferdsteknologiprogram hvor de presenterte anbefalinger til kommunene (Frantzen, 2014). Målet var å etablere en digital kommunikasjonsplattform. Et av punktene omhandlet en overgang fra analog kommunikasjon til full-digital løsning. Trygghetsalarmer skulle kobles opp mot kommunens alarmsentral eller en sentral kommunen har avtale med. Helsedirektoratet ønsket at dette skulle tre i kraft innen utgangen av 2018 (Frantzen, 2014).

Siden den gang har det kommet flere digitale løsninger, og noen av disse har som mål å hjelpe pasienter med å kartlegge smerte og mestre hverdagen med smerter (Varsi og Nes, 2020). Forskere ved Oslo Universitetssykehus har laget applikasjonen EPIO som er en smertemestringsapp. Her blir det presentert ni moduler som skal belyse smertens innvirkning på dagliglivet, mestringsstrategier og teknikker. Appen gir råd og øvelser som kan hjelpe pasientene med å mestre utfordringene knyttet til smerter i hverdagen. Eksempler på modulene er; om smerte, stress og mestring, tanker og følelser, og veien videre (Varsi og Nes,

2020). Det norske revmatikerforbundet har utgitt en app som heter Smertevenn. Her kan smertene registreres fra dag til dag slik at det blir mulig å se hva som utløser smertene, samt om det finnes et mønster. Gjennom applikasjonen kan man også kommunisere med behandlere, slik at de får muligheten til å observere smerter og eventuelle tiltak. Appen ble tilgjengelig 15. mars 2019 og er gratis for alle (Burgnorge, 2019).

2.8 Hensikt og problemstilling

En av utfordringene ved palliativ pleie i hjemmet er å sikre en kontinuerlig smertevurdering. Hensikten med oppgaven er å belyse hvilke metoder som kan brukes for å sikre kontinuerlig smertevurdering i hjemmet av pasienter i palliativ fase. Oppgavens tema begrenses til voksne pasienter som har pårørende rundt seg. Problemstillingen er dermed:

Hvordan sikre kontinuerlig smertevurdering for pasienter i livets slutfase i hjemmet?

3.0 Metode

3.1 Litteraturstudie som metode

“En litteraturstudie er en studie som systematiserer kunnskap fra skriftlige kilder,” (Thidemann, 2019, s. 77). Det handler om å systematisk samle ulike kilder, være kritisk under leseprosessen, samle sammen informasjonen og drøfte det hele. Hensikten med litteraturstudien er å gi leseren svar på problemstillingen gjennom relevant, god og oppdatert informasjon og kunnskap. I en litteraturstudie skal det også beskrives hvordan man kom frem til den relevante informasjonen, for eksempel ved hjelp av en tabell som viser søkehistorikken. Søketabellen presenterer hvilke databaser som er brukt, søkeord, antall treff på søkeordene og ulike kombinasjoner som er brukt for å komme frem til de ulike artiklene. Hensikten med søketabell er at sensor eller leser lett skal kunne vurdere kvaliteten på søket, samt finne frem til artiklene selv (Thidemann, 2019).

Litteraturstudien har ulike trinn for å optimalisere oppgaven (Thidemann, 2019, s. 90-96):

- Gjennomlesing for å vurdere artiklenes relevans.
- Grundig lesing av de inkluderte artiklene.
- Vurdere kritisk kvaliteten på artiklene.
- Analysere og tolke resultater/funn fra artiklene.
- Utarbeide en litteraturmatrikse.
- Sammenfatte resultatene og presentere dem i resultatkapitlet i oppgaven.

3.2 Søkestrategi

Det er tatt i bruk ulike databaser for å gjøre strukturerte søk etter artikler som kan gi et svar på problemstillingen. Databasene som er brukt er MEDLINE Ovid og CINAHL. For å få flere alternativer og riktige søkeord har det blitt brukt MeSH. Søkeordene som ble brukt er blant annet “Palliative Care”, “Terminal Care”, “End of Life”, “Pain”, “Pain Measurement”, “Pain Management”, “Home Health Care”, “Home Care Services” og “Home Nursing”.

For å kombinere søkeordene er det brukt “AND” eller “OR”. Dette gjøres for å bestemme om det skal søkes på søkeord 1 og 2 kombinert, eller enten søkeord 1 eller 2 (Thidemann, 2019).

Søkeordene som er benyttet i søkene på MEDLINE Ovid og CINAHL er engelske, da det gir et bredere utvalg av artikler enn om det hadde blitt benyttet norske søkeord.

Det har også blitt gjort søk på Sykepleien Forskning for å finne andre relevante artikler til valgt problemstilling. Her er det gjort søk med norske søkeord da Sykepleien Forskning er et tidsskrift som er skrevet og publisert på norsk.

3.3 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Når man definerer inklusjons- og eksklusjonskriterier tydeliggjøres søket og mengden litteratur avgrenses. Det gjør søket mer hensiktsmessig ut fra det som ønskes av kunnskap (Thidemann, 2019). Kriteriene som er brukt i oppgaven er presentert i tabell 1.

Tabell 1

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Palliativ pleie	Barn
Vitenskapelig artikkel	Faglitteratur
Fagfellevurdert artikkel	Kun medikamentelt fokus
IMRaD – struktur	
Smerte	

I denne oppgaven er det ønskelig med så nye artikler som mulig, men det blir vurdert om artiklene er relevante for problemstillingen uavhengig av årstall. Det er ønskelig med primærkilder for å få informasjonen direkte fra forskerne som har utført studiene. Artiklene skal være fagfellevurderte, være vitenskapelige og ha en IMRaD-struktur. En artikkel med IMRaD-struktur inneholder en introduksjons-, metode-, resultat- og diskusjonsdel. Artiklene skal ikke kun fokusere på medikamentelle behandlingsformer.

3.4 Søkedomumentasjon

Tabell 2

Database	Søkeord	Kombinasjoner	Antall treff	Leste abstrakt	Leste artikler	Artikler inkludert
MEDLINE Ovid	1. Pain OR Pain Management OR Pain Measurement	1 AND 2	6 450			
	2. Palliative Care OR Terminal Care OR End of life	1 AND 2 AND 3	543			
	3. Home OR Home Nursing OR Home Care Services	1 AND 2 AND 3 AND 4	356			
	4. Adult	1 AND 2 AND 3 AND 4 AND Filter: <i>Past 5 years</i>	82	37	10	2
CINAHL	1. Pain OR Pain Management OR Pain Measurement	1 AND 2	5 927			

2. Palliative Care OR Terminal Care	1 AND 2 AND 3				
	1 AND 2 AND 3 AND 4	559			
	3. Home OR Home health care	278			
4. Adult	1 AND 2 AND 3 AND 4 AND Filter: <i>Past 5 years</i>	63	18	6	1

Det er i tillegg inkludert to artikler i oppgaven fra Sykepleien Forskning, som er funnet etter søk gjort i Sykepleien Forsknings arkiv. Her ble det brukt søkeordet palliative pasienter, og det ble kombinert med publikasjoner etter 2015 og forskningsartikler. Grunnen til at det ble gjort søk i Sykepleien Forskning er at artiklene fra dette tidsskriftet er spesifikt rettet mot sykepleiere, og studiene er hovedsakelig utført i Norge. Her finnes det derfor artikler som er relevante for sykepleieres kompetanse og for det norske helsevesenet.

4.0 Resultater

4.1 Presentasjon av resultater

Tabell 3

Artikkel nr: 1	Besse, K. T. C. <i>et al.</i> (2015) Pain Assessment with Short Message Service and Interactive Voice Response in Outpatients with Cancer and Pain: A Feasibility Study, <i>World Institute of Pain</i>, 16(3), 320-326. doi: 10.1111/papr.12278.
Hensikt	Undersøke om daglig kontakt med bruk av SMS/IVR kan bidra til bedre kartlegging av smerte og lavere terskel for å rapportere om smerte.
Metode	<p>Forskningsmetode: Mulighetsstudie.</p> <p>Forskningsdesign: Pasientene ble kontaktet to ganger daglig hvor de ble spurt om de kunne angi sin smerteopplevelse på en skala fra 0-10. Om smerteintensiteten var 5 eller høyere ble de kontaktet av en smertesykepleier innen en time.</p> <p>Deltakere: Ni pasienter fullførte studien. For å kunne delta i studien måtte de være over 18 år, bo hjemme, ha en mobiltelefon, være diagnostisert med kreft og ha smerter, og kunne levere samtykkeskjema.</p>
Resultat	Pasientene opplevde det som enkelt å angi et tall på smerteskalaen ved bruk av mobiltelefonen og de følte ikke at undersøkelsen var en byrde. Etter studien rapporterte pasientene at de opplevde mindre smerter, da terskelen ble lavere for å rapportere om smerte.

Artikkelen til Besse *et al.* (2015) ble valgt på bakgrunn av å undersøke nye måter å kartlegge smerter på ved bruk av enkel velferdsteknologi.

Tabell 4

Artikkel nr: 2	Mayahara, M. et al. (2017) E-Pain Reporter: A Digital Pain and Analgesic Diary for Home Hospice Care, <i>Journal of Palliative Care</i>, 32(2), s. 77-84. doi: 10.1177/0825859717722466
Hensikt	Hensikten med studien var: <ol style="list-style-type: none">1. å utvikle en digital smerteapplikasjon for omsorgspersoner for å registrere smertene til pasienten og bruk av smertelindrende tiltak2. at sykepleiere kunne overvåke administreringen av smertelindrende medikamenter gitt av omsorgspersoner over applikasjonen.
Metode	Forskningsmetode: Kvalitativ metode. Rådgivende gruppe metode. Forskningsdesign: En papirbasert smertedagbok skulle konverteres, og ble til applikasjonen E-Pain Reporter. I den digitale applikasjonen ble det fokusert på informasjon som er nødvendig for daglig håndtering av smerter. Dette inkluderte smertelokalisasjon, smertebeskrivelse og smerteintensitet. Deltakere: To grupper deltok i studien, en gruppe med seks sykepleiere og en gruppe med tre omsorgspersoner. Både sykepleierne og omsorgspersonene ble rekruttert fra en non-profit-organisasjon hvor det ble utdelt brosjyrer som informerte om studien.
Resultat	Ved å bruke en enkel berøringsskjerm med store bokstaver og menyer, kunne omsorgspersoner enkelt rapportere til sykepleier om pasientens smerter og bruk av smertelindrende tiltak. Omsorgspersonene følte trygghet i at sykepleierne var lett tilgjengelig for veiledning og hjelp.

Artikkelen om E-Pain Reporter ble inkludert i litteraturstudien for å studere og vurdere om bruken av velferdsteknologi i form av en applikasjon kan bidra til å sikre kontinuitet i smertevurdering.

Tabell 5

Artikkel nr: 3	ElMokhallalati, Y. et al. (2019) Specialist palliative care support is associated with improved pain relief at home during the last 3 months of life in patients with advanced disease: analysis of 5-year data from the national survey of bereaved people (VOICES). <i>BMC Medicine</i>, 13(74591). doi: 10.1186/s12916-019-1287-8.
Hensikt	Undersøke hvordan faktorer som spesialistbehandling og pårørende har betydning for god smertelindring i hjemmet de siste tre månedene av livet.
Metode	Forskningsmetode: Nasjonalt representativ tverrsnittsundersøkelse. Forskningsdesign: The National Survey of Bereaved People (VOICES) gjorde årlige undersøkelser i England mellom 2011 og 2015. Det ble hvert år valgt ut 49 000 voksne etterlatte ut fra registrerte dødsfall i England. Et brev med spørreskjema ble sendt ut til de etterlatte 4-11 måneder etter dødsfallet. Deltakere: 43 509 av de etterlatte som hadde svart på undersøkelsen ble inkludert i den ferdige analysen.
Resultat	Pasienter som mottok spesialistbehandling viste seg å være best smertelindret. Studien viser også betydningen av pårørendes relasjon til pasienten, og at denne påvirket hvordan pårørende opplevde at pasienten ble smertelindret.

ElMokhallalati *et al.* (2019) sin artikkel ble inkludert i studien for å undersøke hvilken betydning helsepersonell med spesialisering innenfor smerte og palliasjon hadde for pasientens smertelindring. Det ble også studert hvordan pårørende opplevde pasientens smertelindring i livets slutfase, og hvordan relasjonen mellom pårørende og pasient påvirket dette.

Tabell 6

Artikkel nr: 4	Ihler, E.M. og Sæteren, B. (2019) Sykepleiers erfaringer med å bruke ESAS til å kartlegge symptomer hos kreftpasienter, <i>Sykepleien Forskning</i>, 14(79585). doi: 10.4220/Sykepleienf.2019.79585.
Hensikt	Studien utforsket sykepleieres erfaringer med bruk av ESAS for kartlegging av symptomer hos pasienter med kreft i palliativ fase.
Metode	Forskningsmetode: Kvalitativt design med dybdeintervjuer. Forskningsdesign: Det ble gjort kvalitative intervjuer av sykepleiere fra to sengeposter fra et sykehus. En semistrukturert intervjuguide ble benyttet til intervjuene og datamaterialet ble analysert med Malteruds systematiske tekstkondensering. Deltakere: Seks sykepleiere ved to onkologiske sengeposter fra et sykehus i Helse Sør-Øst-regionen.
Resultat	Sykepleierne beskrev ESAS som et nyttig verktøy for å kartlegge pasientens symptomer, og de la til at de fanget opp mer med bruk av ESAS enn uten. ESAS ble brukt i varierende grad, og de beskrev det som at det ofte ble “et papir i bunken”. Mangel på tid var også et problem. Varierende bruk resulterte i at sykepleierne opplevde at ESAS i liten grad bidro til å systematisere kartleggingen.

Artikkelen til Ihler og Sæteren (2019) ble valgt på bakgrunn av å se på hvordan sykepleiere opplever bruken av ESAS som kartleggingsverktøy, og fordeler og ulemper ved ESAS-skjemaet.

Tabell 7

Artikkel nr: 5	Vigstad, S., Clancy, A. og Broderstad, A.R. (2018) Palliative pasienter får bedre lindring med tidlig symptomvurdering og tiltak, <i>Sykepleien Forskning</i>, 13(74591). doi: 10.4220/Sykepleienf.2018.74591.
Hensikt	Undersøke hvordan symptomene hos kreftpasienter var før og etter innleggelse, og om symptomene opptrer forskjellig hos kvinner og menn.
Metode	Forskningsmetode: Retrospektiv kvantitativ metode. Forskningsdesign: Informasjon hentet fra kvalitetsdatabasen til den palliative enheten på UNN Harstad. Informasjonen er hentet ut som et ledd i pasientbehandlingen. Deltakere: På den palliative enheten på UNN Harstad er det 3-4 sengeplasser og avdelingen er åpen mandag – fredag. 274 pasienter ble inkludert i studien, hvorav 135 var kvinner og 139 var menn. Studien ble utført mellom 2008-2016.
Resultat	Bruk av målrettet symptomkartlegging med ESAS-skjema ga informasjon om pasientens plager, noe som økte kvaliteten på pleien. Studien viser at kvinner gir en høyere skår enn menn på alle symptomer som ble kartlagt, bortsett fra ett. Studien viser at sekundæreffektene av smerter var mer utpreget enn smerten i seg selv. Kontinuerlig bruk av ESAS viste seg å være effektivt fordi pasientene gjorde det enkelt for sykepleierne å evaluere symptomene. Studien viser en markant nedgang av alle symptomer ved utreise fra palliativ enhet hos både menn og kvinner.

Vigstad, Clancy og Broderstad (2018) sin artikkel om tidlig symptomkartlegging for palliative pasienter ble inkludert for å studere om tidlig kartlegging av symptomer og iverksetting av tiltak førte til at pasientene fikk bedre symptomlindring.

4.2 Analyse

Analysen av artiklene blir gjort ved å lese resultatet til de enkelte artiklene før disse resultatene blir slått sammen og fordelt på ulike temaer (Thidemann, 2019). I denne litteraturstudien blir det sett på likheter og ulikheter mellom artiklene knyttet opp mot problemstillingen. Resultatene blir analysert og relevante svar kobles opp mot hverandre i en sammenfatning.

Oppgavens hensikt er å finne svar på hvordan man kan sikre kontinuerlig smertevurdering for pasienter i hjemmet. Artikler som omhandler kartlegging av smerte ses derfor som svært relevante for den aktuelle problemstillingen, noe fire av fem av de inkluderte artiklene gjør. Det blir beskrevet ulike former for kartlegging ved bruk av kartleggingsverktøy som ESAS og VAS, i tillegg til digitale løsninger. Velferdsteknologien utvikles stadig, og kan i stor grad bidra til å gjøre smertekartlegging enklere og mindre tidkrevende. To av artiklene inneholder bruk av digitale former for smertekartlegging, da dette vurderes til å være et viktig aspekt for å sikre kontinuitet i kartleggingen og dermed også relevant for problemstillingen. Artiklene omhandler mange av de samme punktene, men kommer med ulike løsninger som kan bidra til kontinuitet i smertekartleggingen.

En av utfordringene med å utføre palliativ pleie i hjemmet kan være at sykepleieren ikke er til stede hos pasienten store deler av døgnet. Studien til Ihler og Sæteren (2019) viste i likhet med Mayahara *et al.* (2017) sin studie at lav bemanning og mangel på tid var en utfordring i forhold til kartlegging av smerte.

Som tidligere nevnt omhandler fire av fem artikler kartlegging av smerte ved bruk av ESAS eller VAS. Det blir beskrevet viktigheten av god smertekartlegging og betydningen av det. Både studien til Ihler og Sæteren (2019) og Vigstad, Clancy og Broderstad (2018) brukte ESAS-skjema i sin kartlegging, mens Besse *et al.* (2015) kun kartla smerter ved å bruke VAS-skalaen. Mayahara *et al.* (2017) brukte også VAS-skalaen i sin studie, men de brukte i tillegg kartleggingsmetoder som kroppskart for å registrere lokalisasjon på smertene.

Kartlegging av smerter er et viktig aspekt i behandlingen for å sikre god smertelindring. I Vigstad, Clancy og Broderstad (2018), og Mayahara *et al.* (2017) sine studier blir det beskrevet hvilke metoder som har ført til best smertelindring.

ElMokhallalati *et al.* (2019) understreker viktigheten av å ha pårørende tilstede for å kunne vurdere smertene kontinuerlig. Mayahara *et al.* (2017) poengterer også rollen omsorgspersoner har for å sikre gode observasjoner. De hadde fokus på at omsorgspersoner kunne kartlegge smertene, samt sette i gang smertelindrende tiltak i samråd med sykepleier gjennom applikasjonen.

Besse *et al.* (2015) og Mayahara *et al.* (2017) kommer med konkrete metoder for at kartleggingen kan gjøres enklere ved hjelp av velferdsteknologi. Både Mayahara *et al.* (2017) og Besse *et al.* (2015) beskriver i sine studier ulike metoder for å sikre god smertekartlegging og smertelindring ved å ta i bruk ny velferdsteknologi. Begge artiklene handler om kartlegging av smerter over mobiltelefonen, henholdsvis i form av applikasjoner, og meldinger og anrop.

4.3 Sammenfatning av resultater

4.3.1 Tid er mangelvare i hjemmesykepleien

I Mayahara *et al.* (2017) sin artikkel om applikasjonen E-Pain Reporter beskriver de at sykepleierne har for lite tid hjemme hos pasientene. De viser til en undersøkelse gjennomført i USA hvor pasienter i palliativ fase i gjennomsnitt fikk hjelp 1,7 ganger ukentlig. Dette skaper utfordringer når smerte skal kartlegges kontinuerlig og når smertelindrende behandling skal gis på en tilfredsstillende måte. Besøkene de må gjennomføre i løpet av en arbeidsdag oppleves som for tidkrevende og derfor ikke gjennomførbare.

Ihler og Sæteren (2019) beskriver at sykepleierne har mangel på tid, og kartleggingsverktøy som ESAS blir derfor ofte nedprioritert, og i noen tilfeller glemt. Dette gjør at smertevurderingen ikke blir gjort på en tilfredsstillende måte og eventuelle forverring eller forbedringer ikke blir fanget opp.

Studien til Besse *et al.* (2015) understreker viktigheten med kontinuerlig smertekartlegging. For å sikre dette har de derfor utviklet et hjelpemiddel for at rapportering av smerte kan utføres uten at helsepersonell trenger å komme på besøk. Rapporterer pasienten et høyt smertenivå får pasienten besøk av en sykepleier med spesialisering innenfor smerte.

4.3.2 Viktigheten av symptomkartlegging

Studien til Ihler og Sæteren (2019) viser at mange av sykepleierne mener at ESAS er et viktig og godt verktøy for å kartlegge smertene til pasienten, da de får fanget opp symptomene i større grad med dette verktøyet enn uten. Ihler og Sæteren (2019) hevder likevel at bruken av ESAS varierer. De skriver videre at sykepleierne bruker ESAS på forskjellig måte, noe som vil kunne gi forskjellige resultater fra samme pasient. I tillegg ble ESAS ofte glemt eller nedprioritert på en travel dag. De opplever at varierende bruk av ESAS i liten grad bidrar til å systematisere kartleggingen av smerter. Vigstad, Clancy og Broderstad (2018) bekrefter viktigheten av kontinuerlig smertevurdering slik at sykepleieren kan evaluere symptomene regelmessig, noe som igjen fører til økt kvalitet på sykepleien som gis. I likhet med Ihler og Sæteren sin studie, brukte også Besse *et al.* (2015) et kartleggingsverktøy i form av VAS-skalaen. Ved 21% av tilfellene ble det rapportert VAS over 5, og med smerteintensitet på det nivået eller høyere skulle smertesykepleier bli kontaktet (Besse *et al.*, 2015). Studien viste derimot at kartleggingen ikke ble gjort like ofte som det var ment. Smertekartleggingen skulle utføres totalt 56 ganger hos hver pasient, men studien viser et gjennomsnitt på 27 kartlegginger hos hver pasient. Resultatene samsvarer med det Ihler og Sæteren (2019) oppdaget i sin artikkel, nettopp at det er varierende bruk av smertekartleggingsverktøy.

Funnene i Vigstad, Clancy og Broderstad (2018) sin artikkel viser at sekundæreffektene av smerter viser seg mer utpreget enn smertene i seg selv. Slapphet, nedsatt matlyst og munntørrhet er symptomer hvor 50% av deltakerne har angitt en skår mellom 4-10, men størst er nedsatt matlyst hvor skåren ligger mellom 7-10 (Vigstad, Clancy og Broderstad, 2018).

Mayahara *et al.* (2017) har utviklet et smertekartleggingsverktøy i form av en applikasjon kalt E-Pain Reporter. Applikasjonen brukte i likhet med Besse *et al.* (2015) VAS-skalaen som verktøy for smertekartlegging. Designet på skalaen ble endret slik at det ligner på et termometer, da det gjorde det enklere for omsorgspersoner å bruke den.

4.3.3 Sykepleieres kompetanse om smerte

Mayahara *et al.* (2017) applikasjon E-Pain Reporter kan bidra til å trygge omsorgspersoner i å vurdere smertenivå hos pasienten og gi smertestillende medikamenter da det gjøres i samråd med sykepleiere. Studien viser at omsorgspersonene følte seg stresset over å gi smertelindrende medikamenter til pasienten på grunn av mangel på kunnskap. Omsorgspersonene følte at applikasjonen bidro til å trygge dem i den smertelindrende behandlingen da de visste at sykepleierne overvåket det som ble gjort. Sykepleierne i studien mener at E-Pain Reporter vil kunne forbedre kommunikasjonen mellom dem og omsorgspersonene da applikasjonen er enkel i bruk. De tror også at applikasjonen vil kunne bidra til å redusere stress hos omsorgspersonene (Mayahara *et al.*, 2017).

I studien til ElMokhallalati *et al.* (2019) kom det frem at pasienter i palliativ fase mottok ulik smertebehandling ut fra hvem som utførte behandlingen. Pasientene som fikk spesialistbehandling opplevde en bedre smertelindring enn pasientene som ikke fikk det. Det ble også vist at hvem som svarte på undersøkelsen hadde betydning for hva som ble rapportert. Ektefeller og samboere rapporterte en bedre smertelindring enn det andre pårørende gjorde.

4.3.4 Kan velferdsteknologi bidra til kontinuerlig smertekartlegging?

Som Mayahara *et al.* (2017) skriver, gjør E-Pain Reporter det mulig for omsorgspersoner å rapportere lokalisasjon av smerte og hvilke tiltak som ble gjort gjennom applikasjonen. For å lokalisere området med smerte kunne de trykke på et kroppskart inne i applikasjonen, og dermed gi en nøyaktig tilbakemelding til sykepleieren. Da applikasjonen skulle ferdigutvikles ble det satt sammen to grupper med henholdsvis sykepleiere og omsorgspersoner som bidro med sine ønsker og tilbakemeldinger slik at den ble tilpasset deres behov.

Som nevnt tidligere har Besse *et al.* (2015) også utviklet en enkel måte pasientene kan oppgi smerteintensitet på ved bruk av deres mobiltelefon. Pasientene ble kontaktet to ganger daglig hvor de skulle oppgi smerteintensiteten de opplevde på en VAS-skala fra 0-10. En slik type teknologi gjorde det enklere for pasientene å rapportere om sine smerter, da de ikke trengte å ta initiativ til å kontakte sykepleierne selv. Pasientene oppga at teknologien var enkel å bruke og de anså det ikke som en byrde.

5.0 Drøfting

“Hensikten med drøftingskapitlet er å diskutere hvordan resultatene svarer på problemstillingen og eventuelle forskningsspørsmål, og hvordan resultatene forholder seg til aktuell teori og forskning som er inkludert i oppgaven” (Thidemann, 2019, s. 109).

Drøftingskapitlet har som mål å svare på problemstillingen:

Hvordan sikre kontinuerlig smertevurdering for pasienter i livets slutfase i hjemmet?

5.1 Tid er mangelvare i hjemmesykepleien

En av utfordringene i hjemmesykepleien er lav sykepleierdekning. En konsekvens av dette kan være et gap mellom det pasienten har behov for og de ressursene som er tilgjengelige (Molnes, 2014).

Flere sykepleiere uttrykte at kvaliteten på pleien de ga var for dårlig grunnet mangel på sykepleiere (Molnes, 2014). Som tidligere nevnt har sykepleiere i hjemmesykepleien lite tid hos hver pasient og det kan gå utover enkelte oppgaver som må nedprioriteres grunnet mangel på tid. Videre kan det føre til at pasientene ikke blir ivaretatt optimalt, og de kan få utilstrekkelig smertelindring da sykepleierne ikke får tid til å observere og kartlegge pasientene selv (Molnes, 2014). Mayahara *et al.* (2017) understreker i sin artikkel, i likhet med Molnes (2014), at sykepleierne har for lite tid hos hver pasient. Dette fører til at den kontinuerlige smertevurderingen ikke blir gjennomført på en tilstrekkelig måte. Besøkene oppleves av sykepleierne som tidkrevende og ikke gjennomførbare. I studien til Besse *et al.* (2015) var det en sykepleier med spesialisering innenfor smerte som reiste på besøk hos de pasientene som rapporterte om høy smerteintensitet. Sykepleierne i studien hadde dermed bedre tid hos hver enkelt pasient da de kun behøvde å fysisk reise hjem til de som trengte det. For å kunne sikre god smertekartlegging er det nødvendig at sykepleierne har god tid hos hver pasient, da det kan føre til at kartleggingen i større grad blir gjennomført og dermed mer kontinuerlig.

I Ihler og Sæteren (2019) forteller sykepleierne at mangel på tid gjør at kartleggingsverktøy blir glemt eller nedprioritert. Dette gjør at kontinuerlig smertevurdering ved hjelp av ESAS ikke gjennomføres. Molnes (2014) bekrefter også dette, sykepleierne har for mange oppgaver

i forhold til tiden de har på å utføre dem, og noen arbeidsoppgaver må utsettes eller gjennomføres ikke. Det blir sett på sammenhengen mellom mange arbeidsoppgaver og mangel på sykepleiere og pleiepersonell, og at dette går utover kompetansen (Molnes, 2014). Lav sykepleierdekning, manglende kompetanse, og lite tid skaper utfordringer knyttet til kontinuerlig kartlegging av smerte. Manglende kompetanse og mangelfulle rutiner kan føre til usikkerhet rundt hvordan kartleggingsverktøyet skal brukes, og til at verktøyet ikke blir brukt på korrekt måte. Det kan også føre til at kartleggingen tar lengre tid enn nødvendig. For å sikre kontinuerlig smertevurdering er det derfor viktig at sykepleierne får god opplæring og innehar god kompetanse når det kommer til kartlegging av smerte og bruken av kartleggingsverktøyene.

Teknologiske smertekartleggingsverktøy kan gjøre det mulig for pasienten å selv gi tilbakemelding om sin smerteintensitet digitalt. Ved å anvende digitale verktøy er det ikke nødvendig at sykepleieren er til stede. Sykepleierne vil dermed ha bedre tid, som kan brukes hos de pasientene som har behov for besøk. Dette kan bidra til å minske gapet mellom pasientens behov og kompetansen som er tilgjengelig, da det i tillegg vil bli lettere å plassere den tilgjengelige kompetansen der det er behov for den.

5.2 Viktigheten av symptomkartlegging

5.2.1 Tre av ti sykepleiere bruker ESAS

Formålet med ESAS er å gi pasientene god symptomlindring gjennom systematisk kartlegging, noe som vil føre til økt kvalitet på behandlingen og på tiltakene som iverksettes. Videre er metoden et godt utgangspunkt for samtale slik at effekten av tiltakene enkelt kan evalueres (Ihler og Sæteren, 2019). Ved hjelp av samtale og kommunikasjon kan pasienten enkelt formidle ubehag slik at sykepleieren kan dokumentere informasjonen, og dermed bidra til å sikre kontinuitet i kartleggingen.

I Ihler og Sæteren (2019) sin studie beskriver sykepleierne at ESAS er et godt og nyttig kartleggingsverktøy dersom det blir brukt regelmessig. De så utfordringer ved at kartleggingsverktøyet ble brukt i varierende grad, noe som førte til at behandlingen ikke ble tilstrekkelig (Ihler og Sæteren, 2019). Uregelmessig bruk av ESAS vil ikke gi en reell fremstilling av pasientens smerter, og det vil derfor være vanskelig å vurdere

smerteintensiteten og effekten av den smertelindrende behandlingen. For å få full utnyttelse av ESAS, er det viktig at sykepleierne har god kunnskap og erfaring, slik at de kan veilede pasientene på en god måte (Ihler og Sæteren, 2019). For lite opplæring og ulik forståelse av ESAS fører til at sykepleierne bruker skjemaet på forskjellige måter, noe som resulterer i forskjellig svar fra samme pasient (Ihler og Sæteren, 2019). En studie viste at bare tre av ti sykepleiere brukte ESAS som kartleggingsverktøy (Molnes, 2014). Sykepleierne mente at de ikke hadde nok kunnskap og opplæring om bruken av dette, at skjemaet tok lang tid å fylle ut og noen mente også at det var nok om de spurte pasientene om smertene. Dette kan føre til at smertekartleggingen ikke blir utført kontinuerlig, og optimal smertelindring blir vanskelig å oppnå. Sykepleierne i studien til Ihler og Sæteren (2019) mente at det bør settes mer fokus på undervisning om bruken av ESAS og at ledelsen bør ta mer ansvar for opplæring for å sikre kontinuerlig smertekartlegging. God erfaring med å bruke ESAS kan føre til at vurderingen blir en del av rutinene i hverdagen, og det vil da bli mindre tidkrevende å utføre kartleggingen.

Vigstad, Clancy og Broderstad (2018) studerte også bruken av ESAS, og de kom frem til at kontinuerlig bruk av skjemaet ville resultere i effektiv symptomkartlegging. En av utfordringene i hjemmesykepleien er vurderingen og oppfølgingen av symptomer. Et verktøy som ESAS kan bidra til å sikre kontinuitet i kartleggingen slik at endringer kan oppdages raskt, men det forutsetter at skjemaet blir brukt systematisk. Ved regelmessige kartlegginger vil det være lettere for neste sykepleier å gjøre tiltak dersom det er behov. Bruk av ESAS viste tydelig reduksjon av symptomer hos pasientene i studien.

Kartleggingsverktøyene VAS og ESAS kartlegger smerte på samme måte med ett enkelt spørsmål, men ESAS inneholder også andre spørsmål som kartlegger flere symptomer. Dette er hensiktsmessig da flere symptomer ofte opptrer samtidig, noe som kan forsterke smerteopplevelsen til pasienten (Hui og Bruera, 2017). Det kom fram i studien til Vigstad, Clancy og Broderstad (2018) at sekundæreffekter som slapphet, kvalme, tretthet og nedsatt matlyst, var mer utpreget enn smertene i seg selv. ESAS skaper et utgangspunkt for samtale, som bidrar til å gjøre det enklere å fange opp symptomene som kartlegges av skjemaet, men også symptomer som ikke spørres om (Ihler og Sæteren, 2019). Sykepleieren kan lettere gå i dybden på symptomene og hvordan pasienten opplever disse, som igjen kan føre til at pasienten føler seg mer sett og tatt på alvor.

I studien til Besse *et al.* (2015) kom de frem til at bruken av VAS over mobiltelefon var en effektiv kartleggingsmetode, og at pasientene synes verktøyet var enkelt å bruke. Pasientene rapporterte også om at smertene var redusert på slutten av studien (Besse *et al.*, 2015). Likevel ble ikke kartleggingsmetoden brukt like hyppig som formålet var, og flere pasienter responderte ikke når de ble oppringt. Ved å innføre ringetilsyn i hjemmesykepleien vil pasientene enkelt kunne formidle smerteintensiteten. Da kan en sykepleier vurdere om det er behov for et besøk for å kartlegge smertene ytterligere eller om det skal bli satt i gang tiltak. VAS-skalaen ble også brukt i E-Pain Reporter, men sykepleierne mente at det ofte var vanskelig å fange opp smertene nøyaktig (Mayahara *et al.*, 2017). Sykepleierne foreslo bruk av andre hjelpemidler som kunne rapportere smerter mer nøyaktig. Et smertetermometer, med en skala fra 0-10 ble utviklet, og har vist seg å være nyttig for vurdering av smerter, samt lettere å forstå for pasientene og omsorgspersonene. Ved bruk av E-Pain Reporter ble smerteintensiteten dokumentert i en graf over sju dager (Mayahara *et al.*, 2017). Slik kunne sykepleierne se effekten av smertekartleggingen og smertelindringen hos pasientene, noe som igjen bidro til kontinuitet i pleien som ble gitt. Det ser ut til at enkel bruk av smertekartlegging fra 0-10, bidrar til en mer kontinuerlig kartlegging, og tiltak kan raskere settes inn.

5.2.2 Dokumentasjon av smertekartlegging

Dokumentasjon i pasientens journal er viktig for å gi kontinuerlig god sykepleie (Hellesø, 2015). I journalen burde det dokumenteres hvordan smertene til pasienten har vært i løpet av vekten, hvilke tiltak som ble iverksatt og effekten av disse. Dette bidrar til at neste sykepleier kan se hva som er gjort og få et innblikk i hvordan det står til med pasienten (Hellesø, 2015). Som henvist til i Hernæs (2020) fant Steindal ut i sin studie at smertekartleggingen ikke ble dokumentert godt nok, noe som er en stor utfordring i hjemmesykepleien. Dette samsvarer med hva Ihler og Sæteren (2019) fant ut i sin studie om at ESAS ikke ble brukt tilstrekkelig. I tillegg presenterte Besse *et al.* (2015) i sin studie at kartleggingen ikke ble gjennomført like ofte som planlagt, noe som dermed førte til at smertene ikke ble dokumentert. Ihler og Sæteren (2019) skriver at det vil være vanskelig å følge opp pasientens symptomer dersom kartleggingen ikke dokumenteres tilstrekkelig. De legger også til at mange sykepleiere finner det tidkrevende i en hektisk hverdag å dokumentere ESAS-skjemaet elektronisk. For å sikre god kontinuitet er det viktig at sykepleierne dokumenterer godt, slik at neste sykepleier som kommer på vakt følger opp ESAS og opprettholder rutine (Ihler og Sæteren, 2019).

Ved å ha kartleggings skjemaet lett tilgjengelig kan det bli enklere for sykepleierne å anvende ESAS. Et forslag er å oppbevare skjemaet hjemme hos pasienten slik at det ikke blir glemt inne på kontoret. Noe som kan gjøre den elektroniske dokumentasjonen av ESAS enklere, er om dokumentasjonssystemet er tilrettelagt med en egen funksjon for å kunne dokumentere resultatet av kartleggingen.

5.2.3 Vurdering av smerte ved hjelp av pårørende

Pårørende og omsorgspersoner har en sentral rolle i den palliative fasen, og kan velge å ta på seg oppgaven om å kartlegge smerte, samt å administrere smertelindrende medikamenter til pasienten. Det er derfor viktig at sykepleieren veileder og deler sin kunnskap slik at administreringen foregår på en sikker og tilfredsstillende måte. Som henvisning til i Hernæs (2020) mener Steindal at pårørende har en viktig rolle når det gjelder kartlegging av smerte i hjemmesykepleien. Kommunikasjonen mellom pårørende og sykepleier er viktig i forbindelse med kartleggingen av smertene og for pårørendes trygghet. Han påpeker at pårørende ser pasienten mer enn sykepleierne, og for at sykepleierne skal få kartlagt smertene på best mulig måte må de høre på hva pårørende har opplevelse av og deres inntrykk. Steindal kom også med konkrete råd for å kartlegge smerte. Disse kan brukes av sykepleierne når de er tilstede, men også av pårørende som er hos pasienten (Hernæs, 2020). I Mayahara *et al.* (2017) sin applikasjon E-Pain Reporter er det imidlertid kun omsorgspersonene som har ansvaret for rapportering. Omsorgspersonene kunne gjennom bruk av applikasjonen rapportere hvor smertene var lokalisert, intensiteten på smertene og hvilke tiltak som ble gjort. Pårørende som bor sammen med pasienten, har mulighet til å kontinuerlig vurdere pasientens smerteintensitet og gi smertelindrende behandling raskt.

I likhet med Mayahara *et al.* (2017) og Steindal (Hernæs, 2020), studerte også ElMokhallati *et al.* (2019) hvordan pårørende opplevde smertene til pasienten. De viste i sin studie at hvem av pasientens pårørende som svarte på undersøkelsen hadde betydning for hvordan de beskrev smertelindringen. Ektefeller og partnere rapporterte en bedre smertelindring enn pasientenes døtre og sønner. Ektefeller og partnere har mest sannsynlig hatt en nærmere relasjon til pasienten enn det døtre og sønner har hatt, og er kanskje derfor mer pålitelige (ElMokhallati *et al.*, 2019). En utfordring i hjemmesykepleien er at tilbakemeldingen fra de pårørende kan variere. Pårørendes relasjon til pasienten kan påvirke hvordan de oppfatter smerteintensiteten,

og hvilke tilbakemeldinger de gir til sykepleierne. En svak relasjon kan føre til at pasienten ikke forteller pårørende om sine plager, og at pårørende ikke fanger opp smertene. Metoden kan derfor være en litt usikker måte å kartlegge smerte på. Bruk av hjelpemidler som E-Pain Reporter kan hjelpe pårørende med å vurdere pasientens smerter mer nøyaktig. Pårørende kan være usikre på hva de skal spørre om og hvordan de skal gå fram. Det kan da være nyttig med et verktøy som gir de konkrete spørsmål å stille.

5.3 Sykepleieres kompetanse om smerte

For at flere pasienter skal kunne få en god og verdig behandling i sitt eget hjem, forutsetter det at sykepleieren tilegner seg nødvendig kunnskap og bruker den aktivt for å lindre symptomene til pasienten (Molnes, 2014). Kompetansen til sykepleierne spiller en elementær rolle når det kommer til smertelindring, og om den ikke er god nok kan det føre til at smertelindringen ikke blir optimal. Sykepleierkompetanse er kompetansen man har tilegnet seg gjennom sykepleierutdannelsen og den innebærer “selvstendighet i beslutninger, etisk ansvarlighet og dugelighet i grunnleggende ferdigheter i yrket” (Molnes, 2014, avsnitt 36). Manglende kompetanse og trygghet blant sykepleierne fører til at noen av pasientene som ønsker å være hjemme, i stedet blir innlagt på sykehus for smertelindring. En norsk studie viste at kun 18–32 prosent av sykepleierne vurderte sine kunnskaper om smerte som svært bra eller ganske bra (Molnes, 2014). Molnes skriver også at kreftpasienter ikke får god nok smertelindrende behandling, og han peker på at utilstrekkelig kartlegging av smerter, lite kunnskap blant helsepersonell og feil i legemiddelbehandlingen kan være årsaker til dette. Det påpekes også at medikamentene blir gitt for sent, samt at dosen er feil. Dette gjør at pasientene opplever mer smerter enn nødvendig. I studien til ElMokhallalati *et al.* (2019) viste det seg derimot at pasientene som fikk spesialistbehandling i den palliative fasen opplevde bedre smertelindring enn de som ikke fikk det. Mangel på kunnskap om smertebehandling kan føre til utilstrekkelig kartlegging, og lindringen blir dermed ikke optimal.

Omsorgspersonene i studien til Mayahara *et al.* (2017) kjente på utfordringer knyttet til administrering av smertelindrende medikamenter grunnet mangel på kunnskap. Gjennom E-Pain Reporter kunne omsorgspersonene ha tett kontakt med og oppfølging fra sykepleierne, da sistnevnte kunne overvåke smerteintensitet og hvilke medikamenter som ble gitt gjennom applikasjonen. Dette gjorde at omsorgspersonene følte seg tryggere i administreringen av

medikamenter. For å sikre tilstrekkelig symptomlindring av pasienten, er det viktig at det utføres kontinuerlige kartlegginger av symptomene pasienten opplever. Ved at sykepleiere aktivt bruker sin kompetanse og kunnskap om smertekartlegging, kan det føre til at pasienten blir tilstrekkelig smertelindret.

5.4 Kan velferdsteknologi bidra til kontinuerlig smertekartlegging?

Det blir stadig utviklet nye former for velferdsteknologi som bidrar til trygghet hos hjemmeboende pasienter og sørger for at de kan bo hjemme lenger (NOU 2011:11). Det har i de senere årene kommet flere digitale løsninger for blant annet smertekartlegging (Varsi og Nes, 2020). Applikasjonen Smertevenn (Burgnorge, 2019) kan kartlegge smertene og deres innvirkning på hverdagen i likhet med E-Pain Reporter (Mayahara *et al.*, 2017).

Applikasjonene gir pasientene mulighet til å kartlegge smertene sine selv og formidler informasjon til sykepleierne digitalt. Sykepleierne får dermed mulighet til å opprettholde en kontinuerlig kartlegging, tross den korte tiden de har hos hver pasient.

Besse *et al.* (2015) studerte hvordan kartleggingen fungerte over telefon ved bruk av VAS-skalaen. Dette viste seg å være en enkel måte å kartlegge pasientenes smerteintensitet på, samt at pasientene følte at de ikke belastet helsepersonellet da de fortalte om smertene (Besse *et al.*, 2015). EPIO-appen handler mer om smertemestring enn kartlegging, men her kartlegges det hvordan smertene påvirker hverdagen (Varsi og Nes, 2020). Applikasjonen kobles ikke opp til hjemmesykepleien, men det kan bli mulig for sykepleierne å se på applikasjonen når de er på besøk hjemme hos pasienten. Da kan sykepleierne se hvordan smerteintensiteten til pasienten har vært de siste dagene og om det er behov for å gjøre endringer i behandlingen. I likhet med andre kartleggingsverktøy og velferdsteknologi som har til hensikt å kartlegge smerter, finnes det utfordringer ved at kartleggingen ikke blir regelmessig fulgt opp. Ved for sjelden kartlegging av smertene blir ikke kartleggingen kontinuerlig og sykepleierne kan gå glipp av informasjon som har mulig betydning for behandlingen.

EPIO-applikasjonen er fortsatt under utvikling, dermed kan pasientene som er med i studien være med på å gjøre appen så enkel som mulig i bruk (Varsi og Nes, 2020). E-Pain Reporter ble utviklet slik at omsorgspersoner og sykepleiere kunne være med på utformingen og gjøre

applikasjonen så brukervennlig som mulig (Mayahara *et al.*, 2017). Omsorgspersonene ønsket endringer på skrifttype og farger, da de opplevde at dette gjorde teksten lettere å lese, og gjorde dermed applikasjonen enklere i bruk. Det ble også ytret ønske om en legemiddelliste i applikasjonen med anbefalte doseringer slik at omsorgspersonene kunne velge riktig legemiddel ut fra en meny (Mayahara *et al.*, 2017). Ved at applikasjonene blir utformet i samråd med de som skal bruke den, kan de digitale verktøyene blir mer brukervennlige som igjen kan føre til at de blir hyppigere brukt. Et slikt hjelpemiddel kan øke kontinuiteten i smertevurderingen og gjøre det enklere å gi pasientene riktig behandling.

Bruk av velferdsteknologi som E-Pain Reporter og Smertevenn kan bidra til hyppig kartlegging av smerte uten at sykepleieren nødvendigvis trenger å være til stede hos pasienten. Dette bidrar til at sykepleieren får god oversikt over pasientens smerter og hvilke tiltak som har effekt, noe som kan føre til god smertelindrende behandling. Kontinuerlig smertekartlegging kan derfor enkelt gjennomføres ved hjelp av ny teknologi. En av omsorgspersonene i studien til Mayahara *et al.* (2017) fortalte at de ikke ønsket å kontakte sykepleieren for ofte, i frykt for å være til bry. I Ihler og Sæteren (2019) sin studie kommer det frem at for å vurdere symptomene til pasientene på en helhetlig måte, må sykepleierne i tillegg til kartleggingsverktøy bruke faglig skjønn i form av klinisk blikk. Med klinisk blikk menes sykepleierens evne til å sanse pasientens tilstand og vurdere den ut i fra sin kompetanse. Dette er noe sykepleierne ikke får gjort optimalt ved bruk av digitale løsninger, da de ikke vil se pasienten like ofte. Det kan derfor være en utfordring om pårørende ikke rapporterer pasientens reelle symptombylde til sykepleieren.

Bruk av velferdsteknologi kan være en effektiv måte å kartlegge smerter på ved at sykepleierne ikke trenger å være til stede. På den andre siden kan det være en utfordring at sykepleierne ikke får bruke sitt kliniske blikk, observere og være der for pasienten. Ved å bruke det kliniske blikket, kan plager som pasienten selv ikke formidler bli observert, og tiltak kan iverksettes. Relasjonen mellom pasienten og sykepleieren oppnås ikke på samme måte gjennom bruk av velferdsteknologi. Når sykepleier er fysisk til stede, kan snakke med pasienten og holde han i hånden, kan pasientens totale smerteopplevelse oppleves som redusert.

5.5 Kildekritikk

Alle de inkluderte artiklene har en IMRaD-struktur og kommer fra kjente tidsskrifter. Søkene er begrenset til fagfellevurderte artikler som vil sikre at alle artiklene er vurdert og godkjent av eksperter innenfor det aktuelle fagfeltet (Dalland, 2007).

Det har i denne studien vært ønskelig med så nye vitenskapelige artikler som mulig, da dette er et fagfelt som er i stadig endring. Alle de inkluderte artiklene er derfor publisert innen de siste fem år for å sikre ny og oppdatert kunnskap. Forskningsartiklene som er benyttet i oppgaven er primærkilder. Sekundærkilder er brukt i tillegg for å kunne drøfte funnene med annen litteratur.

Studiene i de valgte artiklene har blitt utført i Norge, USA, Storbritannia og Nederland.

Studiene utført i Norge er faglig relevante for norsk helsevesen. Innholdet i artiklene fra USA og Nederland omhandler bruken av velferdsteknologi og eventuelle kontraster til det norske helsevesenet er derfor ikke aktuelle i oppgaven. De nevnte artiklene finner mulige løsninger som kan brukes i flere land.

To av studiene er publisert på norsk, mens de tre resterende er publisert på engelsk. Det har blitt brukt mye tid på å lese og tolke de engelske artiklene. Noen ord har vært vanskelige å forstå og oversette til norsk betydning. "Caregivers" er et begrep som har blitt brukt i en av artiklene. Begrepet har blitt oversatt til "omsorgspersoner", og det blir tolket som personer uten helsefaglig utdanning som utfører pleie til en pasient. Omsorgspersonen kan være pårørende eller andre uten spesiell relasjon til pasienten. Et annet ord som blir brukt i en av artiklene er "specialist palliative care". Da det ikke fremgår i artikkelen hva begrepet innebærer, er det blitt tolket som spesialistbehandling til pasienter i palliativ fase, som for eksempel et palliativt team.

5.6 Forskningsetiske overveielser

Forskningsetikk som begrep bygger på et sett med normer som skal bidra til å regulere vitenskapelig virksomhet (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2015). Disse normene innebærer blant annet at forskningen skal komme både enkeltpersoner og samfunnet som helhet til gode, og ingen skal bli skadelidende gjennom forskningen.

I litteraturstudien har det blitt tatt noen forskningsetiske overveielser. Artikkene som er funnet skulle gi en helhetlig framstilling av forskningen fra hver enkelt artikkel i forhold til temaet smertevurdering. Artikkene har ulike metoder og resultater, noe som belyser temaet på forskjellige måter. Samtlige artikler som er benyttet i litteraturstudien fikk godkjenning fra ulike komiteer.

I de ulike artiklene som ble analysert var alle deltakerne anonymisert og det ble tatt hensyn til personvern. Det er derfor ikke mulig å spore opplysningene tilbake til deltakerne. De som deltok i de fleste studiene gjorde det frivillig gjennom for eksempel å få informasjon om studiene, eller la være å svare på undersøkelsen de fikk. Vigstad, Clancy og Broderstad (2018) hadde hentet informasjonen fra kvalitetsdatabase i forbindelse med pasientbehandlingen. Dette gjorde at pasientene ikke ble belastet av undersøkelsen.

6.0 Konklusjon

Litteraturstudien har til hensikt å belyse hvilke metoder som kan brukes for å sikre kontinuitet i smertevurderingen i hjemmet til pasienter i palliativ fase. Dette gjøres gjennom problemstillingen: “Hvordan sikre kontinuerlig smertevurdering for pasienter i livets slutfase i hjemmet?”

Resultatene fra studien har kommet frem til flere ulike metoder og hjelpemidler som kan brukes for å kartlegge smerte. Noen av disse kan brukes av pasienten selv, eller pårørende og omsorgspersoner, mens andre kan brukes av sykepleiere og annet helsepersonell.

Kartleggingsverktøyet ESAS viser seg å fungere mest optimalt i forhold til de metodene som er blitt nevnt i oppgaven, da det fanger opp flere symptomer samtidig og kan gi et helhetlig bilde av hvordan pasienten har det. Digitale løsninger viste seg også å kunne gjøre det enklere for pasientene å rapportere om smerte, og det var mindre tidkrevende for helsepersonellet.

Metodene er enkle å bruke for pasienter, omsorgspersoner og sykepleiere, og bidrar til å sikre kontinuitet i smertekartleggingen. Ut ifra pasientens tilstand kan man velge hvilken metode som er best egnet og i noen tilfeller kan en kombinasjon være hensiktsmessig. Når det er sagt viser det seg også noen utfordringer ved digitalisering av smertekartlegging, og det er blant annet at sykepleierne mister muligheten til å bruke sitt kliniske blikk for å vurdere pasientens helhetlige tilstand. Dette kan være til hinder for kontinuiteten, føre til at symptomer kanskje ikke fanges opp og det kan gjøre det vanskelig å oppdage endringer i pasientens tilstand.

Grunnet dette kan det lønne seg å forske mer på området for å finne effektive og gode løsninger for å oppnå kontinuerlig smertevurdering.

Variierende bruk av kartleggingsverktøy som ESAS og VAS er et hinder for kontinuerlig vurdering. For at smertekartleggingen skal bli kontinuerlig er det nødvendig at verktøyene tas i bruk rutinemessig og blir brukt på korrekt måte. God opplæring for alle involverte kan være en løsning, samtidig som det behøves et større fokus på bruken av kartleggingsverktøy. Dette kan føre til at helsepersonell og omsorgspersoner føler seg tryggere i bruken av kartleggingsverktøy, og smertevurderingen kan gjennomføres hyppigere.

God opplæring i bruk av kartleggingsverktøy, fokus på dette fra ledelsen og implementering av digitale verktøy viser seg å være gode løsninger for å sikre kontinuerlig smertevurdering hos pasienter i livets slutfase i hjemmet.

7.0 Litteraturliste

Besse, K. T. C. *et al.* (2015) Pain Assessment with Short Message Service and Interactive Voice Response in Outpatients with Cancer and Pain: A Feasibility Study, *World Institute of Pain*, 16(3), 320-326. doi: 10.1111/papr.12278.

Burgnorge (2019) *Ny app: Smertevenn*. Tilgjengelig fra: <https://www.revmatiker.no/din-smertevenn/> (Hentet: 23. april 2020).

Dalland, O. (2007) *Metode og oppgaveskriving for studenter*. 4. utg. Oslo: Gyldendal akademisk.

De nasjonale forskningsetiske komiteene (2015) *Hva er forskningsetikk?* Tilgjengelig fra: <https://www.etikkom.no/hvem-er-vi-og-hva-gjor-vi/hvem-er-vi-og-hva-gjor-vi/hva-er-forskningsetikk/> (Hentet: 12. mai 2020).

ElMokhallalati, Y. *et al.* (2019) Specialist palliative care support is associated with improved pain relief at home during the last 3 months of life in patients with advanced disease: analysis of 5-year data from the national survey of bereaved people (VOICES). *BMC Medicine*, 13(74591). doi: 10.1186/s12916-019-1287-8.

Fonn, M. (2012) *Livets tre siste dager, Sykepleien*. Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/2012/02/livets-tre-siste-dager> (Hentet: 28. april 2020).

Frantzen, L. (2014) *Helsedirektoratets anbefalinger på det velferdsteknologiske området* (IS-2225). Oslo: Helsedirektoratet. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/helsedirektoratets-anbefalinger-pa-det-velferdsteknologiske-området/Helsedirektoratets%20anbefalinger%20p%C3%A5%20det%20velferdsteknologiske%20omr%C3%A5det.pdf/> /attachment/inline/d6ab7b48-35f4-48d4-b5a8-43f4760de6ee:b4e9cd3c84b71eb7edeb1fa9512823f9ec3c010e/Helsedirektoratets%20anbefalinger%20p%C3%A5%20det%20velferdsteknologiske%20omr%C3%A5det.pdf (Hentet: 23. april 2020).

Gautun, H., Øien, H. og Bratt, C. (2016) *Underbemanning er selyforsterkende*. (NOVA-rapport 6/2016). Oslo: NOVA. Tilgjengelig fra: https://sykepleien.no/sites/default/files/tiltrykk-nova-r6-16-25-mai-2016_2.pdf (Hentet: 29. april 2020).

Hellesø, R. (2015) Pasientjournalen og prinsipper i journalføring, I Grov, E-K og Holter, I-M (red.) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*. 5.utg. Oslo: Cappelen Damm As, s 209-243.

Helsedirektoratet (2018) *Lindrende behandling i livets slutfase*. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/lindrende-behandling-i-livets-slutfase/innledning> (Hentet: 21. april 2020).

Hernæs, N. (2018) *Har hatt over 200 fra hjemmetjenesten innom*. Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/2018/01/har-hatt-over-200-fra-hjemmesykepleien-innom>. (Hentet: 29. april 2020).

Hernæs, N. (2020) Hvordan vurdere smerte hos døende? *Sykepleien.no* Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/2020/04/hvordan-vurdere-smerte-hos-doende> (Hentet: 28. april 2020).

Hui, D. og Bruera, E. (2017) The Edmonton Symptom Assessment System 25 Years Late: Past, Present and Future Developments, *Journal of Pain and Symptom Management*, 55(3), s. 630-643. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2016.10.370.

Husebø, B. (u.å.) *Mobid-2 smerteskala*. Tilgjengelig fra: <https://www.legeforeningen.no/contentassets/478e85c05e654494896c9d78110ae963/mobid2.pdf> (Hentet: 29. april 2020).

Ihler, E.M. og Sæteren, B. (2019) Sykepleiers erfaringer med å bruke ESAS til å kartlegge symptomer hos kreftpasienter, *Sykepleien Forskning*, 14(79585). doi: 10.4220/Sykepleienf.2019.79585.

Kjellstadli, C. *et al.* (2018) Comparing unplanned and potentially planned home deaths: a population-based cross-sectional study, *BMC Palliative Care*, 17(69). doi: 10.1186/s12904-018-0323-3.

Mayahara, M. *et al.* (2017) E-Pain Reporter: A Digital Pain and Analgesic Diary for Home Hospice Care, *Journal of Palliative Care*, 32(2), s. 77-84. doi: 10.1177/0825859717722466.

Molnes, S.I. (2014) Sykepleieres erfaringer med smertelindring til hjemmeboende kreftpasienter, *Nordisk sygeplejeforskning*, 2(4), s. 142-156. Tilgjengelig fra: https://www.idunn.no/nsf/2014/02/sykepleieres_erfaringer_medsmertelindring_til_hjemmeboende?fbclid=IwAR2vxbcXNTVkj31EQ8VnbmH-RO0QajFqUFCwHXqPNtgI1hHqvsrxlHtxOMc (Hentet: 11. mai 2020).

Norsk Helseinformatikk (2019) *Om smerter og smertebehandling*. Tilgjengelig fra: <https://nhi.no/sykdommer/kreft/behandlingsmetoder/smerter-og-smertebehandling/?page=6> (Hentet: 11. mai 2020).

Norsk Legemiddelhåndbok (2020) *Palliativ behandling*. Tilgjengelig fra: https://www.legemiddelhandboka.no/T21/Palliativ_behandling (Hentet: 28. april 2020).

Nortvedt, F. (2015) Kan smerte defineres? *Sykepleien Forskning*, 10(2), s. 180-183. doi: 10.4220/Sykepleienf.2015.54463.

NOU 2011:11 (2011) *Innovasjon i omsorg*. Tilgjengelig fra: https://www.regjeringen.no/contentassets/5fd24706b4474177bec0938582e3964a/no/pdfs/nou_201120110011000dddpdfs.pdf (Hentet: 23. april 2020).

Pasientjournalforskriften (2019) *Forskrift om pasientjournal*. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2019-03-01-168?q=pasientjournal> (Hentet: 29. april 2020).

Sandvik, R.K.N.M. og Rustøen, T. (2020) Sykepleiere er avgjørende for god smertebehandling, *Sykepleien*, 108(80601), s. 16-23. doi: 10.4220/Sykepleiens.2020.80601.

Smerteterapeuten (u.å.) *VAS-skala*. Tilgjengelig fra: <https://www.smerteterapeuten.no/aktuelt/vas-skala> (Hentet: 18. mai 2020).

Songe-Møller, S. *et al.* (2005) Smertemålinger hos eldre med kognitiv svikt, *Tidsskriftet*, 125(13-14), s. 1838-1840. Tilgjengelig fra: <https://tidsskriftet.no/2005/06/medisin-og-vitenskap/smertemalinger-hos-eldre-med-kognitiv-svikt> (Hentet: 29. april 2020).

St. meld. 29 (2012-2013) (2013) *Morgendagens omsorg*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/34c8183cc5cd43e2bd341e34e326dbd8/no/pdfs/stm201220130029000dddpdfs.pdf> (Hentet: 23. april 2020).

Thidemann, I. J. (2019) *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter*. 2. utgave. Oslo: Universitetsforlaget.

Varsi, C. og Nes, L.S. (2020) *Effektiv smertemestring via app - er det mulig?* Tilgjengelig fra: <https://ekspertsykehusetblog.wordpress.com/2020/01/06/effektiv-smertemestring-via-app-er-det-mulig/> (Hentet: 23. april 2020).

Vigstad, S., Clancy, A. og Broderstad, A.R. (2018) Palliative pasienter får bedre lindring med tidlig symptomvurdering og tiltak, *Sykepleien Forskning*, 13(74591). doi: 10.4220/Sykepleienf.2018.74591.

