

10153

Smertelindring til palliative kreftpasienter i hjemmet

7496 ord
Litteraturbachelor

Bacheloroppgave i Sykepleie
Juni 2021

10153

Smertelindring til palliative kreftpasienter i hjemmet

7496 ord

Litteraturbachelor

Bacheloroppgave i Sykepleie
Juni 2021

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie



NTNU

Kunnskap for en bedre verden

Sammendrag

Bakgrunn: Kreft rammer flere tusen mennesker i året i Norge. Kreftrelaterte smerter forekommer hos 40-50% av pasientene. I hjemmesykepleien forutsetter det at sykepleieren har tilstrekkelig kunnskap og kompetanse da en ofte står alene. Hensikten med oppgaven er derfor å undersøke hvilken kunnskap og holdninger sykepleiere har knyttet til smertelindring, og hvordan dette kan påvirke smertelindringen i hjemmet.

Metode: Det er benyttet litteraturstudie som metode som bygger på allerede eksisterende forskning og litteratur. Forskning er funnet via strukturerte søk igjennom Cinahl og Ovid Medline.

Resultater: Sykepleiers kunnskap og holdninger påvirker relasjonsbygging til pasienten, bruk av kartleggingsverktøy og medikamentell smertebehandling. Funn viser at flere sykepleiere arbeider etter erfaring ved kartlegging av smerte som kan føre til underbehandling av smerte.

Konklusjon: Holdninger og sykepleiers evne til kommunikasjon, sympati og medfølelse påvirker relasjonsbygging og smertelindring til pasientene, da negative emosjoner som eksempelvis angst kan bidra til å forsterke smerten. Noen sykepleiere stoler mer på sine egne kliniske erfaringer enn å stole på pasientens egne subjektive opplevelse av smerte ved kartlegging av smerte. Mange er redde for å håndtere opioider alene grunnet mangelfull kunnskap og erfaring, mens andre erfarne sykepleiere føler seg trygge og ikke vegrer seg på samme måte. Til sammen kan dette føre til underbehandlet smerte. Det er ønskelig med økende fokus på kurs og refleksjonsmøter på arbeidsplassen for å utveksle kunnskap med hverandre. Et økende fokus på kartleggings skjema er hensiktsmessig for å oppnå en tilstrekkelig smertelindring i hjemmet.

Nøkkelord: Smertelindring, kreft, hjemmesykepleie, kunnskap og holdninger

Innhold

1.	Innledning	6
1.1	Introduksjon til tema	6
1.2	Teori	7
1.2.1	Palliasjon	7
1.2.2	Palliasjon i hjemmet	7
1.2.3	Sykepleieteoretiker Joyce Travelbee	7
1.2.3.1	Sykepleiers relasjon til pasient	7
1.2.3.2	Smerte	8
1.2.4	Kartleggingsverktøy	8
1.2.5	Smertelindring	8
1.2.6	Sykepleiernes kunnskap og holdninger	9
1.2.6.1	Kunnskap og kompetanse	9
1.2.6.2	Holdninger	9
1.3	Hensikt og problemstilling	10
2.	Metode	11
2.1	Beskrivelse av metode	11
2.2	Inklusjons- og eksklusjonskriterier	11
2.3	Søkehistorikk	11
2.3.1	Søketabeller	12
2.4	Vurdering og utvelgelse av artikler	15
2.5	Analyse	16
3.	Resultater	17
3.1	Presentasjon av artikler i matriser	17
3.2	Presentasjon og sammenfatning av resultater	22
3.2.1	Sykepleiers relasjon til pasient og pårørende	22
3.2.2	Kartleggingsverktøy	22
3.2.3	Medikamentell smertebehandling	23
4.	Diskusjon	24
4.1	Innledning til diskusjon	24
4.2	Diskusjon	24
4.2.1	Sykepleierens relasjon til pasient og pårørende	24
4.2.2	Bruk av kartleggingsverktøy	26
4.2.3	Medikamentell smertelindring	27
4.2.4	Sykepleiers kunnskap og holdninger	29
4.3	Styrker og svakheter	29

4.4 Konklusjon	30
Referanser	32
Vedlegg	36

Tabeller

Tabell 1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier.....	11
Tabell 2 - Søk 1	12
Tabell 3 - Søk 2	13
Tabell 4 - Søk 3	14
Tabell 5 - Søk 4	15
Tabell 6 - Inndeling av hovedtema	16
Tabell 7 - Artikkel A	17
Tabell 8 - Artikkel B	17
Tabell 9 - Artikkel C	18
Tabell 10 - Artikkel D	19
Tabell 11 - Artikkel E	19
Tabell 12 - Artikkel F	20
Tabell 13 - Artikkel G	21
Tabell 14 - Artikkel H	21

1. Innledning

1.1 Introduksjon til tema

Kreft er en sykdom som rammer tusenvis av mennesker i året. I 2019 ble 34.979 personer rammet av kreft i Norge, hvorav 11049 døde. Sykdommen har i lang tid vært forbundet med frykt, smerte og død (Kreftregisteret, 2021). Sammenlignet med 50 år tilbake så overlever dobbelt så mange i dag og det blir registrert færre og færre dødstall. Likevel er det fortsatt ¼ som dør av kreft (Kreftforeningen, u.å.).

Kreftrelaterte smerter er veldig vanlig, og forekommer hos 40-50% av pasienter (Kreftforeningen, 2020). Smerte er definert av IASP (International Study of Pain) som en ubehagelig følelsesmessig og sensorisk sanseopplevelse som er forbundet med potensiell eller en eksisterende vevsskade (IASP, 2017). 70% av kreftsmerter er relatert til en tumor. Vekst eller endring i tumor eller metastaser kan vokse eller presse inn i vev, organer og nerverøtter. Dette kan gi akutte smerter ved bevegelse, eller stråle ut i et område de utsatte nervene forsyner (Lorentsen & Grov, 2016). Stress, angst, depresjon, frykt og uro er alle negative emosjoner som kan være psykologiske faktorer som påvirker smerte. Dette kan være relatert til at personen blir utsatt for en stor påkjenning som kan være vanskelig å stå i, som kan få kroppen til å reagere med fysiologiske stressreaksjoner. Smerteopplevelsen blir da ofte forsterket ved å ha opprettholdt en stressreaksjon over tid (Finset, 2016). Ifølge Travelbee (1999) kan man ikke skille mellom psykisk og fysisk smerte, da begge har følelsesmessig innvirkning.

Palliasjon defineres som pleie for pasienter med uhelbredelig sykdom. Medisinsk behandling blir tilsidesatt og det går over til fokus på livskvalitet og symptomlindring når det er kort forventet levetid. Det er en rekke symptomer som trenger å ivaretas i palliativ fase, der smerte er det hyppigste problemet (Lorentsen & Grov, 2016). I yrkesetiske retningslinjer for sykepleie står det blant annet beskrevet i 2.10 at sykepleieren har et ansvar for å yte omsorgsfull hjelp og lindre lidelse (NSF, u.å.). Ifølge Travelbee (1999) er smerte en form for lidelse og sykepleieren har en sentral funksjon for å lindre denne.

Hjemmesykepleie viser seg å ha større betydning framover, og ifølge Kreftforeningen (2020) ønsker flere og dør i sitt eget hjem. Å få tilbringe den siste tiden i kjente og trygge omgivelser kan ha stor betydning for vedkommende (Kreftforeningen, 2020). I 1998 var det 16% som døde hjemme. Selv om det i dag er flere som ønsker å dø hjemme har ikke andelen økt de siste 20 årene. I 2017 viste tallene at kun 13% døde hjemme. Til kreftpasienter skjer mindre enn ett av fem dødsfall i hjemmet, viser statistikk fra 2017 (Folkehelseinstituttet, 2019).

I praksis i hjemmesykepleien har jeg vært vitne til kreftpasienter i den palliative fasen. Jeg vitnet til situasjoner der pasientene ble godt smertelindret, men også situasjoner der smertelindringen ikke var tilstrekkelig. Jeg fikk inntrykk av at kunnskapsnivået og

holdningene til sykepleiere varierte, som ga meg et ønske om å fordype meg i hvordan sykepleiers kunnskap og holdninger påvirker smertelindringen i hjemmet. Som kommende sykepleier vil jeg møte mennesker med uhelbredelig sykdom og jeg ønsker å være forberedt på et faglig- og personlig nivå.

1.2 Teori

1.2.1 Palliasjon

Verdens helseorganisasjon definerer palliasjon som: *"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 tidlig identifisering, grundig kartlegging, vurdering og behandling av smerte, og andre problemer av fysisk, psykososial og åndelig art"* (Helsedirektoratet, 2019, s. 11).

1.2.2 Palliasjon i hjemmet

Generelt sett står kommunehelsetjenesten overfor store utfordringer når det kommer til kreftpasienter i hjemmet. Utskrivninger foregår hyppigere og tidligere enn før, som betyr sykere kreftpasienter i hjemmet. Dette krever at sykepleierne har tilstrekkelig med kunnskap og kompetanse for å ivareta kreftpasienten på best mulig måte (Norås, 2010). Sykere pasienter i hjemmet krever god planlegging og tilrettelegging for at pasienten skal kunne tilbringe siste fase i sitt eget hjem (Birkeland & Flovik, 2014). Å tilbringe siste fase i livet hjemme er forutsatt at både pasient og pårørende ønsker dette. Innsats og tilstedeværelse av pårørende blir en forutsetning for at pasienten skal få dø hjemme, og ikke alene (Birkeland & Flovik, 2014).

Ivaretagelse av pårørende er vel så viktig som ivaretagelse av pasienten, ettersom førstnevnte er en viktig ressurs i den palliative fasen i hjemmet. Å ivareta pårørende er sett på som å støtte pasienten i sykdomsforløpet. Mange pasienter vil utvikle en bekymring over at belastningen er for stor for de pårørende (Stensheim et al., 2016). Siden det stilles store krav til pårørende har sykepleieren et ansvar for å holde en kontinuerlig kontakt om hvordan de opplever situasjonen (Brenne & Estenstad, 2016).

1.2.3 Sykepleieteoretiker Joyce Travelbee

1.2.3.1 Sykepleiers relasjon til pasient

Travelbee (1999) erstatter "sykepleier-pasient-relasjon" med "menneske-til-menneske-relasjon". Hun beskriver det som umulig for begge parter å oppnå en reell kontakt dersom man kun ser på hverandre som en "sykepleier" og en "pasient". Det er først når man ser på hverandre som et menneske at den reelle kontakten oppnås. Denne relasjonen bygges opp gradvis og baserer seg på genuin interesse, empati og gjensidig tillitt.

Å ha sympati og medfølelse er ifølge Travelbee (1999) evne til å forstå andres plager og et ønske om å lindre disse plagene. Dette er det som følgende blir medlidenhet. Ved at sykepleier føler med den som har det vondt vil det skape en form for relasjon og sykepleier vil kunne kommunisere på en måte som betyr noe for den syke.

1.2.3.2 Smerte

Travelbee (1999) omtaler smerte som noe som angår hele mennesket, i både fysisk og psykisk forstand. Smerte er en erfaring som kun vedkommende som opplever smerten kan forstå, men som likevel vil være vanskelig å formidle. Det vil nærmest være umulig å formidle en smerteerfaring på en god måte. På samme måte er det like vanskelig for sykepleieren å vurdere smerteintensitet. Det vil i beste fall være i form av gjetninger, da det ikke er mulig å forstå det helt nøyaktig. Vært enkelt menneske har forskjellige reaksjoner på smerte som bidrar til å forsterke eller lindre den. Angst og frykt ser ut til å være to viktige faktorer som vil kunne øke smerten (Travelbee, 1999).

1.2.4 Kartleggingsverktøy

Pasientens egne subjektive opplevelser av smerte er det man skal ta utgangspunkt i ved kartlegging av smerte. Sykepleierens ansvar er å kartlegge den totale smerten pasienten opplever og beskrive endringene i forløpet (Lorentsen & Grov, 2016).

Et vanlig kartleggings skjema for å kartlegge smerter hos kreftpasienter er ESAS-skjemaet (Edmonton Symptom Assessment System), se vedlegg 1. Dette skal kartlegge ulike symptomer i det palliative forløpet der smerte er en av de åtte symptomene som er oppført. Dette verktøyet er lett og raskt og bruke, hvor man fører opp på en skala fra 0-10 der 0 er "ingen plage", mens 10 er "verst tenkelige" (Lorentsen & Grov, 2016).

1.2.5 Smertelindring

Hos pasienter med kreft smerter utgjør mer enn 95% av behandlingen den medikamentelle smertelindringen (Bjørgo, 2010). Ifølge Helsedirektoratet (2019) er det mange kreftpasienter som ikke blir smertelindret godt nok og det er flere årsaker til dette. Blant annet kommer det av mangelfull smertekartlegging og svekket kombinasjon av medikamenter. Det viser seg også at pasienter ikke blir godt nok fulgt opp etter igangsatt smertelindring for kontinuerlig evaluering.

Opioider lindrer akutte, sterke nociseptive smerte ved å blokkere afferente smerteimpulser i sentralnervesystemet. Morfin, kodein, fentanyl, oksykodon og tramadol er eksempler på de viktigste opioidene i Norge. Opioider må ordineres med varsomhet da de kan ha alvorlige bivirkninger som blant annet avhengighet, sløvhet og ventilasjonssvikt (Lorentsen & Grov, 2016). Bivirkninger som avhengighet vil ikke være et problem hos kreftpasienter med smerteproblematikk da det ikke gir det samme psykiske "kicket" (Bjørgo, 2010). For opioider er det ingen maksimalgrense, men dosering avgjøres av grad av smerter og bivirkninger (Lorentsen & Grov, 2016). Ved livets siste fase anbefaler Helsedirektoratet (2019) en pakke med Morfin, Midazolam, Haloperidol og Glucopyrron. Disse er hensiktsmessig når pasienten ikke klarer å ta medikamenter peroralt. Sammen lindrer det smerter, angst, uro, kvalme og eventuell

surkling. For hjemmeboende kan disse medikamentene gis kontinuerlig subkutan med smertepumpe.

1.2.6 Sykepleiernes kunnskap og holdninger

1.2.6.1 Kunnskap og kompetanse

At sykepleieren har kunnskap kan beskrives ved hjelp av blant annet kjennskap, viten og lærdom. Også erfaring er noe som påvirker kunnskap og er en vesentlig del av kunnskapsutviklingen til sykepleieren. Ferdighetsbasert kunnskap utvikles igjennom flere års erfaring. Det er sentralt å videreformidle den til andre og dele hverandres kunnskap og erfaringer (Kristoffersen, 2011).

NSF sine retningslinjer beskriver at kompetanse innen sykepleie krever at sykepleieren har oppdatert kunnskap, samt relevante ferdigheter for å kunne handle riktig i en hver situasjon. Det gjelder også å ha motivasjon til å handle riktig og at sykepleieren kjenner sin rolle (NSF, u.å.). Som ansatt i hjemmesykepleien stiller det krav til stor grad av selvstendighet i å ta avgjørelser, ettersom en ofte står i situasjoner alene. Det er ikke like mye rom for diskusjon og drøfting med kolleger, noe som fører til økt kompetansekrav innen kreft og palliasjon i hjemmet (Norås, 2010). For å tilegne seg relevant kunnskap er et vesentlig punkt å bruke de mer erfarne sykepleierne som rollemodell. Å dele sine erfaringer og kunnskaper vil bidra til utvikling av yrkeskompetanse for både den som deler og andre kollegaer (Kristoffersen, 2011).

Sykepleierens krav til faglig forsvarlighet er lovfestet:

"Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig" (Helsepersonelloven, 1999, §4).

1.2.6.2 Holdninger

Smerte er en subjektiv opplevelse og det er sykepleiers plikt å ta hensyn til pasientens formidling og opplevelse av smerte. Det hender at sykepleiers holdninger er til hinder for smertelindring, ved at pasienten blir mistrodd. Utgangspunktet til sykepleieren er å alltid ha tro på at pasienten snakker sant og videre igjennom faglig ansvar utføre systematisk kartlegging og vurdering (Nortvedt, 2016).

Sykepleiers holdning og reaksjoner til smerteproblematikk er varierende. En kan se det som utholdelig at pasienten ikke blir tilstrekkelig smertelindret, mens andre kan hevde at pasienten ikke har vondt til tross for at det blir gitt uttrykk for det. Det viser seg at smertevurdering som blir gjort basert på atferd og uttrykk samsvarer dårlig med pasientens subjektive opplevelse. I hjemmebasert omsorg vil også pårørendes vurdering av pasientens smerte være sentral i vurdering av smertebehandlingen, da det viser seg at jo nærmere relasjon en har med pasienten jo bredere forståelse for smerteopplevelsen vil en ha (Anvik, 1996).

1.3 Hensikt og problemstilling

Hensikten med oppgaven er å belyse hvilken kunnskap og holdninger sykepleiere har til smertelindring til kreftpasienter, og hvordan dette kan påvirke smertelindringen til den palliative kreftpasienten i hjemmet. Jeg vil bli mer bevisst på hvor stor innvirkning sykepleiekunnskapen og erfaringer har på sykepleieutøvelsen.

I denne litteraturstudien har jeg valgt å ta sikte på sykepleie-pasient relasjon, kartleggingsverktøy og medikamentell behandling. Ved smertelindring hos palliative kreftpasienter i hjemmet er det mange andre momenter som står sentralt som eksempelvis tverrfaglig samarbeid og annen ikke-medikamentell behandling. Grunnet oppgavens omfang utgår dermed dette. Basert på ønske om formål og begrensninger har jeg kommet fram til følgende problemstilling:

"Hvordan kan sykepleieres kunnskap og holdninger påvirke smertelindringen hos palliative kreftpasienter i hjemmet?"

2. Metode

2.1 Beskrivelse av metode

Denne oppgaven baserer seg på et litteraturstudium. Et systematisk litteraturstudium innebærer at den baserer seg på allerede eksisterende forskning og litteratur (Thiedemann, 2019) som er relevant for og til sammen skal besvare problemstillingen. Blant forskningsartiklene er det benyttet sju kvalitative og én kvantitativ artikkel. Den kvantitative forskningsartikkelen dreier seg om data i form av målbare enheter. De kvalitative forskningsartiklene derimot tar for seg personlige meninger og erfaringer som ikke er målbare eller lar seg tallfeste (Dalland, 2020). Jeg har valgt ut flest kvalitative forskningsartikler for å få en dypere forståelse for hvordan enkeltpersoner opplever smertelindring hos palliative kreftpasienter i hjemmet samt perspektivet på hvilke utfordringer som møter dem.

2.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Tabell 1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Artikler publisert 2011-2021	Artikler publisert før 2011
Følger IMRAD struktur	Følger ikke IMRAD struktur
Voksne/eldre deltakere	Barn og unge under 18 år
Norsk, engelsk, dansk og svensk	Alle språk utenom
Kvalitativ eller kvantitativ design	Alt utenom
Fagfelleurdert forskning	Ikke fagfelleurdert
Tidsskrift godkjent på nivå 1 eller 2	
Sykepleiefaglig relevans	

Hovedfokuset lå på å finne artikler fra et sykepleieperspektiv, men jeg ønsket også og få et innblikk fra et pasientperspektiv for å kunne se det i et mer helhetlig bilde. Ingen perspektiv ble derfor ekskludert.

2.3 Søkehistorikk

Søkene etter forskningsartikler foregikk i perioden 06/04/21 til 26/04/21. Det ble gjort systematiske litteratursøk. I denne perioden så benyttet jeg meg av universitetsbibliotekets utvalg av databaser som Cinahl, Ovid Psycinfo, Ovid Medline og Pubmed. For min problemstilling fant jeg de mest relevante artiklene i Cinahl og Ovid Medline, så det er kun disse to databasene det ble benyttet artikler fra. Siden søkene er gjort på ulike tidspunkt er de presentert i fire forskjellige søketabeller. Til å begynne med ble det gjort mange mislykkede forsøk der søkene ble alt for bred og utvalget ble for omfattende til å gå igjennom alle abstraktene. Så langt det lot seg gjøre prøvde jeg og inkludere "Cancer" og "Cancer patients" i det meste av søkene slik det er presentert i

tabell 2, 3 og 4.

Jeg ønsket å finne en relevant artikkel som omhandlet smertekartlegging. Som vist i tabell 2 kom jeg fram til en artikkel ved å inkludere søkeord som "Symptom Assessment" OR "Symptom Mapping" som viste seg å være relevant. Videre prøvde jeg å inkludere "Nurse attitudes" eller "Nurses experiences" i samtlige søk. Jeg hadde tidligere inkludert "Nurses knowledge", men det førte ikke til noen relevante funn.

Jeg ønsket å finne artikkel som konkret omhandlet norske sykepleiers holdninger og kunnskap relatert til smertelindrende behandling, og lyktes ikke med å finne dette i databasene. Det ble derfor gjort et manuelt søk i sykepleien.no forskning, og lyktes da i å finne en relevant artikkel H, som da naturligvis ikke er presentert i søketabell.

2.3.1 Søketabeller

Tabell 2 - Søk 1

Database	Dato	Søk	Søkeord	Antall treff	Avgrensninger	Valgte artikler
Cinahl	06/04/2021	S1	(MH "Cancer Patients") OR "Cancer"	448,787		
		S2	(MH "Palliative Care") OR "Palliative"	53,862		
		S3	"Symptom Assessment"	1,717		
		S4	"Symptom mapping"	124		
		S5	S3 OR S4	1,841		
		S6	"Nurses Experiences"	1,958		

		S7	S1 AND S2 AND S5 AND S6	1	År 2011-2021 Peer-reviewed	1 (A)
--	--	----	-------------------------------	---	-------------------------------	--------------

Inkluderte artikler:

A: Sykepleiers erfaringer med å bruke ESAS til å kartlegge symptomer hos kreftpasienter. (2019). *Sykepleien* 14(79585).

Tabell 3 - Søk 2

Database	Dato	Søk	Søkeord	Antall treff	Avgrensninger	Valgte artikler
Cinahl	15.04.2021	S1	(MH "Cancer patients") OR "Cancer"	448,070		
		S2	(MH "Palliative Care") OR "Palliative care"	45,679		
		S3	(MH "Pain Management") OR "Pain management"	27,586		
		S4	S2 OR S3	71,893		
		S5	(MH "Nurse Attitudes") OR "Nurse"	287,122		
		S6	(MH "Home Health Care+") "Home"	181,989		
		S7	S1 AND S4 AND S5 AND S6	105	År 2011-2021 Peer-reviewed	2 (B, C)
		S8	S1 AND S2 AND S3 AND S6	39	År 2011-2021 Peer reviewed	1 (D)

Inkluderte artikler:

B: Sykepleieres erfaringer med smertelindring til hjemmeboende pasienter. (2014). *Nordisk sygeplejeforskning*, 2(4), 142-155.

C: Nurses' experiences of compassionate care in the palliative pathway. (2020). *Journal of clinical nursing*, 2020(29), 4818-4826.

D: "Jeg gråter noen tårer hver dag": En fenomenologisk studie av hjemmeboende kreftpasienters beskrivelse av deres livssituasjon i palliativ fase. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*, 16(1), 16.

Tabell 4 - Søk 3

Database	Dato	Søk	Søkeord	Antall treff	Avgrensninger	Valgte artikler
Cinahl	20.04.2021	S1	"(MH Cancer Patients") OR "Cancer patients"	79,334		
		S2	"(MH Nurse Attitudes") OR "Nurse attitudes"	32,960		
		S3	(MH "Home Nursing") OR "Home nursing"	24,041		
		S4	"Home care nursing"	361		
		S5	S3 OR S4	24,160		
		S6	S1 AND S2 AND S5	8	År 2011-2021 Peer-reviewed	1 (E)

Inkluderte artikler:

E: Home care nurses experience with medication kit in palliative care. (2018). *Journal of hospice and palliative nursing*. 20(6), E1-E9.

Tabell 5 - Søk 4

Database	Dato	Søk	Søkeord	Antall treff	Avgrensninger	Valgte artikler
Medline	21.04.2021	S1	"MH Palliative Care" OR "Palliative home care"	56,007		
		S2	"MH Nurses" OR "Nurses experiences"	91,309		
		S3	"MH Home Care Services" OR "Home care nurses"	48,499		
		S4	S1 AND S2 AND S3	44	År 2011-2021 Peer-reviewed	2 (F, G)

Inkluderte artikler:

F: What are essential elements of high-quality palliative care at home? An interviews study among patients and relatives faced with advanced cancer. (2019). *BMC Palliative Care*, 18(1), 96.

G: Experiences and challenges of home care nurses and general practitioners in home based palliative care – a qualitative study. (2018). *BMC Palliative Care*, 17(1), 95.

2.4 Vurdering og utvelgelse av artikler

Når søkene ble mer avgrenset brukte jeg god tid på å lese alle abstrakter for å forsøke å finne ut av hvilke som kunne være relevant for min problemstilling. Noen artikler kunne jeg hoppe over uten å lese abstrakter, men kun ved å lese overskriften. Dette hvis artikkelen tok for seg barn under 18 år, eller dersom andre tydelige eksklusjonskriterier kom fram i overskrift. Alle artiklene som ble sett på som relevant ble gått nøye igjennom og jeg brukte markeringstusj for å markere alle viktige momenter. Deretter sammenlignet jeg artiklene jeg hadde gått igjennom og gjorde en vurdering på hvilket som skulle velges ut til slutt, basert på funn og relevans for min problemstilling. Ved utvelgelse av artikler forsikret jeg meg om at de var fagfellevurdert og fulgte IMRAD struktur. Norsk senter for forskningsdata ble anvendt for å kvalitetssikre at de forskningsartiklene som ble valgt ut kom fra tidsskrift som var regnet som enten nivå 1 eller 2, som vil si at de er publisert i godkjente vitenskapelige tidsskrift med fagfellevurdering (NSD, 2021).

2.5 Analyse

I mitt analysearbeid har jeg valgt å benytte meg av Evans (2002) sin analysemodell. Denne modellen går igjennom fire faser for analyse og fremstilling av data.

Fase 1 er "innsamling av data" (Evans, 2002), og ble utført som beskrevet tidligere i metodekapittelet. Flere artikler ble gjennomgått og abstraktene ble lest nøye. Jeg har til sammen funnet åtte forskningsartikler og de ble valgt ut på bakgrunn av tema og resultater, samt inkluderingskriterier. Ut i fra rekkefølge artiklene ble funnet ble de strukturert og nummerert fra A-H.

Fase 2 er "identifisering av nøkkelfunn" (Evans, 2002). Dette var en tidskrevende prosess men som senere viste seg å gjøre det mye mer ryddig i arbeidet. Alle artiklene ble først lest igjennom én gang for å få et overblikk. Deretter en gang til for å markere alle nøkkelfunn samt interessante sitater og tema som kunne være relevant for problemstillingen. Jeg lagde en egen tabell på ark for å notere ned alle tema og hovedfunn for hver artikkel, som senere ble sammenlignet for å se hvilke tema og hovedfunn som gikk igjen. De største ulikhetene eller motsetningene ble også framstilt. Når alt ble systematisert på denne måten var det mye enklere og senere i analysen plassere de ulike artiklene under hovedtema som skal presenteres videre i diskusjonsdel.

Fase 3 er "sortering og sammenligning av nøkkelfunn på tvers av studiene". (Evans, 2002). Etter å ha sortert og sammenlignet alle nøkkelfunn og tema i tabeller ble det en fin oversikt for å se hvilke temaer som var gjentakende. Funnet ble dermed kategorisert i tre hovedkategorier og satt inn i en tabell (tabell 6).

Tabell 6 – Inndeling av hovedtema

Hovedtema	Artikkel
Relasjon til pasient og pårørende	C, D, F, G
Medikamentell smertebehandling	B, E, F, G, H
Kartleggingsverktøy	A, B, E

Alle nøkkelfunn i studiene ble markert med farger, en farge for hvert tema. Dette for å lettere se hvilke funn som tilhørte hvilket tema.

Fase 4 er "å lage en beskrivelse og syntese av funnene". (Evans, 2002). Tabellen som ble utformet i fase 3 illustrerer syntesen av funnene, der vært hovedtema som analysen resulterte i er presentert sammen med hvilke artikler som hører til. Hovedfunnene vil bli presentert og nærmere beskrevet i resultatkapittelet 3.2.

3. Resultater

3.1 Presentasjon av artikler i matriser

Tabell 7 - Artikkel A

Referanse	Ihler, E.M. & Sæteren, B. (2019). Sykepleieres erfaringer med å bruke ESAS til å kartlegge symptomer hos kreftpasienter. <i>Sykepleien</i> 14(79585).
Hensikt	Hensikten var å finne sykepleiers erfaringer ved bruk av ESAS-skjema som kartleggingsverktøy for symptomer hos palliative kreftpasienter innlagt på sykehus.
Metode	Kvalitativ metode bestående av dybdeintervjuer av seks sykepleiere fra onkologiske sengeposter. En semistrukturert intervjuguide ble benyttet til intervju.
Resultat	ESAS skjema ble i klinisk praksis brukt i varierende grad. Dette kom blant annet av tidspress og manglende rutiner. Sykepleierne anså ESAS som et godt verktøy for kartlegging av symptomer, og som kunne gi et bilde av pasientens egen subjektive opplevelse av smerte. Det var også en god innledende faktor for god kommunikasjon. Likevel ble det lite brukt da det ikke er konsekvenser for og ikke bruke det, og sykepleierne hadde en stor tendens til å vektlegge sine egne kliniske vurderinger av symptom bildet til pasienten.
Kommentar	Artikkelen belyser bruk av ESAS som kartleggingsverktøy, og hvorfor dette er et godt verktøy for kartlegging av smerte. Videre hvorfor dette ikke blir brukt nok i klinisk praksis. Denne er med å belyse problemstillingen da den omhandler i stor grad sykepleiers holdninger rundt bruk av ESAS.

Tabell 8 - Artikkel B

Referanse	Molnes, S.I. (2014). Sykepleires erfaringer med smertelindring til hjemmeboende kreftpasienter. <i>Nordisk sygeplejeforskning</i> . 2(4), 142-155
Hensikt	Hensikten med studiet var å sette søkelys på smertelindring til hjemmeboende kreftpasienter, og å belyse hvordan sykepleierne opplevde smertelindring til hjemmeboende pasienter basert på sykepleiers kunnskap og holdninger, og videre utfordringer knyttet til dette.

Metode	Det ble benyttet en kvalitativ metode som baserer seg på en beskrivende undersøkelse for at sykepleierne skal kunne få formidle egne erfaringer fra praksisfeltet. 10 sykepleiere som arbeidet i tre forskjellige omsorgsdistrikt innen hjemmesykepleien deltok i studien. Data ble samlet igjennom halvstrukturerte, individuelle intervjuer og det ble tatt lydopptak.
Resultat	De var stort sett fornøyd med jobben som ble utført, imidlertid viser det seg at det er for stor manglende kompetanse og faglig usikkerhet som ga store utfordringer i smertelindring til kreftpasienter. Knappe ressurser og tidspress i hjemmetjenesten gjorde det vanskelig å oppdatere seg faglig, og å få kartlagt og vurdert smertelindringen. Vegring for bruk av opioider grunnet mangel på kunnskap og knappe ressurser var også et foregående problem. De utrykte større behov for undervisning i smertelindring i grunnutdanningen samt gruppemøter og hospitering. Dersom sykepleieren er faglig oppdatert, har erfaring og kompetanse vil det kunne bidra til bedre relasjon mellom sykepleier og pasient/pårørende i hjemmet som kan bidra til god smertelindring.
Kommentar	Denne studien tar for seg flere aspekter rundt forbedring av god smertelindrende behandling i palliativ fase for kreftpasienter i hjemmet, og den anses som relevant da man ser fra et sykepleieperspektiv hvordan kunnskap og holdninger påvirker den hjemmebaserte omsorgen.

Tabell 9 - Artikkel C

Referanse	Tarberg, A.S., Landstad, B.J., Hole, T., Thronæs, M. & Kvangarsnes, M. (2020). Nurses' experiences of compassionate care in the palliative pathway. <i>Journal of Clinical Nursing</i> , 2020(29), 4818-4826.
Hensikt	Hensikten var å utforske sykepleierens erfaringer og opplevelse av en medlidende og empatisk pleie hos palliative pasienter med kreft og deres pårørende i forskjellige palliative faser.
Metode	Det ble benyttet en kvalitativ metode der de intervjuet grupper med tre-sju sykepleiere fra 28-60 år i Midt Norge. Det ble benyttet en hermeneutisk tilnærming. Til sammen 21 sykepleiere som jobbet i palliativ omsorg deltok i studien.
Resultat	Funn i studien belyser hvor viktig det er med informasjon og dialog helt fra begynnelsen av og kontinuerlig i forløpet. Og være involvert fra tidlig stadium skaper tillitt. Studien viser også at pasient og pårørende fikk den beste medlidende pleien i hjemmet, og at det var helt sentralt med tillitt, samhandling, gode relasjoner, empati, oppmerksomhet, forsiktighet og symptomlindring. Kommunikasjonsferdighetene til sykepleierne var dermed essensiell.

Kommentar	Denne studien er innom flere av temaene som min oppgave belyser. Den svarer på flere områder av problemstillingen som blant annet omhandler sykepleier-pasient relasjon og hvordan kommunikasjonsferdighetene til sykepleier kan virke tryggende og dermed smertelindrende.
------------------	---

Tabell 10 - Artikkel D

Referanse	Sønning, H. E, & Fossum, M. (2020). "Jeg gråter noen tårer hver dag". En fenomenologisk studie av hjemmeboende kreftpasienters beskrivelse av deres livssituasjon i palliativ fase. <i>Nordisk Tidsskrift for Helseforskning</i> , 16(1), 16.
Hensikt	Hensikten med studien var å undersøke hjemmeboende kreftpasienters opplevelse av livssituasjonen deres i palliativ fase for å øke kunnskapen om hva som kan bidra til god palliativ omsorg.
Metode	Det ble benyttet kvalitativ metode med utforskende design, der det ble utført individuelle dybde intervjuer med 8 kreftpasienter i alderen 35-63 år med avsluttende kurativ behandling. Det ble tatt opp lydopptak underveis som ble transkribert ordrett direkte etterpå.
Resultat	Funn i studien viser at deltakerne synes det var utfordrende å leve i usikkerhet og uforutsigbarhet. Det å føle seg alene og med manglende oppfølging av helsepersonell skapte usikkerhet i hverdagen. Det ble belyst som helt essensielt å føle seg sett, hørt, og å "være kjent" hos sykepleierne, dette ville vært en lindrende faktor da flere kjente på angst og lidelse. Oppsummert var det en lindrende effekt å ha forutsigbarhet i hverdagen, føle seg sett og hørt samt å mestre hverdagen. Det at pårørende hadde det godt hadde også en smertelindrende effekt for noen. For å oppnå et godt palliativt tilbud er det forutsettende at sykepleieren sitter med høy kompetanse om kreftpasienter i palliativ fase, og utvikle kunnskap om hvordan en møter den døende pasienter og deres pårørende.
Kommentar	Jeg ser jeg denne som relevant da det blir belyst fra pasienten sin side hvordan det føles å være i palliativ fase og hjemmeboende, som gjør det lettere å se fra et sykepleieperspektiv hvordan en kan bidra til bedre livskvalitet og lindring i den palliative fasen i hjemmet. Den belyser også sider av sykepleierkompetanse og kommunikasjon.

Tabell 11 - Artikkel E

Referanse	Staats, K., Tranvåg, O., & Grov, E.K. (2018). Home-Care Nurses' Experiences With Medication Kit in Palliative Care. <i>Journal of Hospice & Palliative Nursing</i> , 20(6), E1-E9.
------------------	--

Hensikt	Hensikten med studien var å innhente kunnskap om norske sykepleiere i hjemmesykepleien sin opplevelse av bruk av medikament "kit" (medisinskrin) som et verktøy for smertelindring hos hjemmeboende palliative pasienter.
Metode	Studien var av kvalitativ metode basert på et destruktiv, utforskende design. Den var basert på gruppeintervjuer samt individuelle dybde intervjuer av sykepleiere med gjennomsnittlig 12 års erfaring. 7 av deltakerne hadde spesialisert seg innen palliasjon og kreft, og 2 av deltakerne jobbet som kreftkoordinator.
Resultat	Studien viser hvordan klare instruksjoner, som blant annet god planlegging og møte med fastlege bidro til en mer effektiv bruk av medisinskrin som et verktøy i palliativ fase. Imidlertid viser det seg at de sto overfor store utfordringer ved smertelindringen til palliative pasienter til tross for dette verktøyet. Kort oppsummert er det dårlig kompetanse i evaluering og administrering av medikamenter. Bemanning i seg selv var ikke ansett som et problem ifølge flere kandidater. Imidlertid var det kompetansen og selvsikkerheten til sykepleiere som sto i veien for bruk og administrering av sterke opioider som blant annet midazolam og morfin som dette skrinet inneholdt. Sykepleiere med lite erfaring vegret seg for opioider og bruk av smertepumpe som ofte ledet til at pasientene ble underbehandlet. Studien viser også at i hjemmesykepleien blir utstyr som smertepumper og lignende brukt for sjelden, slik at når det først skal bli brukt føler de seg rusten og for lite selvsikker til å anvende det, og ser det derfor som faglig uforsvarlig.
Kommentar	Studien tar for seg bruk av medisinskrin i hjemmetjenesten og hvordan dette er et godt verktøy for god smertelindring. Den tar for seg kunnskap og holdninger rundt håndtering av opioider og utstyr som eksempelvis smertepumpe samt evaluering av smerte. Den belyser også hvordan erfaringer til sykepleieren påvirker sykepleieutøvelsen og smertelindringen, dette vil bidra til å besvare min problemstilling.

Tabell 12 - Artikkel F

Referanse	Oosterveld-Vlug, M.G., Custers, B., Hofstede, J., Donker, G.A., Rijken, P.M., Korevaar, J.C. & Francke, A.L. (2019). What are essential elements of high-quality palliative care at home? An interview study among patients and relatives faced with advanced cancer. <i>BMC Palliative Care</i> , 18(1), 96.
Hensikt	Hensikten var å belyse hva som er essensielle elementer i hjemmesykepleie og optimal pleie i den palliative fasen hos pasienter med uhelbredelig kreft, og om dette kommer fram i praksis. Dette fra en pasient og pårørende perspektiv.
Metode	Det blir benyttet en kvalitativ semi-strukturert metode der det ble utført 13 intervjuer med pasienter mellom 58-86 år med avansert kreft, samt 14 pårørende.

Resultat	Funn i studiet viser at det var forutsettende at det var medisinsk dyktige sykepleiere som var involvert i den palliative omsorgen i hjemmet, og at de var lett tilgjengelig samt hadde fokus på pasienten. Holdningen til helsepersonell sto også i fokus for å sikre god pleie.
Kommentar	Studien vil være relevant da en får fra et pasient- og pårørende perspektiv hvordan sykepleierkompetansen påvirket en optimal god smertelindring i hjemmet. Den tar også for seg andre essensielle elementer i en god palliativ behandling i hjemmet.

Tabell 13 - Artikkel G

Referanse	Danielsen, B.V., Sand, A.M., Rosland, J.H. & Førland, O. (2018). Experiences and challenges of home care nurses and general practitioners in home-based palliative care – a qualitative study. <i>BMC Palliat Care</i> , 17(01), 95.
Hensikt	Formålet med studien var å få en bredere innsikt over forhold som bidrar til å legge til rette for eller hemmer at palliative pasienter for være lengst mulig hjemmet.
Metode	Det ble benyttet en kvalitativ metode med et fenomenologisk design, med fokus på grupper med totalt 19 deltakere. Deltakerne var sykepleiere i hjemmetjenesten og fastleger. Det ble anvendt semi-strukturerte spørreskjemaer. Alle sykepleierne som deltok i studien var erfarne med gjennomsnittlig 24 år med klinisk praksis og 17 år i hjemmesykepleien. Alt ble tatt opp på lydopptak og transkribert.
Resultat	Funn i studien viser at optimal palliativ pleie i hjemmet er avhengig av nøye samarbeid og dialog mellom pasient, pårørende og sykepleier. God palliativ omsorg krever erfaring og kompetanse fra sykepleierne.
Kommentar	Den tar for seg elementer som er viktige for en trygg, god palliativ pleie og derav smertelindring i hjemmet. Dette er elementer som blant annet sykepleiers erfaring og kompetanse som vil være relevant for min problemstilling.

Tabell 14 - Artikkel H

Referanse	Granheim, T.H., Raaum, K., Christophersen, K-A. & Dihle, A. (2015). Sykepleieres og studenters kunnskap og holdninger til smerter og smertelindring hos voksne. <i>Sykepleien</i> , 2015; 10(4):326-334.
Hensikt	Hensikten med denne studien var å få en bredere kunnskap om sykepleiers og sykepleiestudenters holdninger og kunnskap til smertelindring hos voksne.
Metode	Det ble benyttet en kvantitativ metode, en såkalt tverrsnittstudie. Data ble samlet inn igjennom den norske versjonen av kartleggingsverktøyet "Nurses' Knowledge and Attitudes Survey Regarding Pain." Den inkluderte 200 sykepleiere og sykepleierstudenter fra et universitetssykehus og én høyskole. Det

	endelige utvalget av deltakere besto av 165 personer som ga en svarprosent på 83%.
Resultat	Studien viser at sykepleierne hadde god kunnskap innen visse områder på smertelindring, den avdekker imidlertid at de fortsatt er engstelige for opioideavhengighet og respirasjonsdepresjon ved bruk av opioider. Studien synliggjør et gap mellom teoretisk kunnskap og praktisk handling igjennom to pasienthistorier. Det er et behov for økt kunnskap slik at sykepleierne kan bli dyktigere på å håndtere smertebehandling.
Kommentar	Denne artikkelen ser jeg på som relevant ettersom den tar for seg hvordan kunnskap og holdninger hos sykepleiere kan være til hinder for tilstrekkelig smertelindring hos pasienter.

3.2 Presentasjon og sammenfatning av resultater

“Hvordan kan sykepleieres kunnskap og holdninger påvirke smertelindringen hos palliative kreftpasienter i hjemmet?”

3.2.1 Sykepleiers relasjon til pasient og pårørende

Fire av artiklene belyser hvordan god relasjon og kommunikasjon mellom sykepleier og pasient og pårørende påvirker den palliative pleien og smertelindring. En medlidende pleie der pasienten blant annet føler seg sett og hørt, blir møtt med forståelse og respekt, og videre at sykepleieren har gode kommunikasjonsferdigheter. Å vise empati, støtte og oppmerksomhet vil til sammen kunne virke smertelindrende (Danielsen et al., 2018; Sønning & Fossum, 2020; Tarberg et al., 2020; Oosterveld-Vlug et al., 2019). Videre peker studien til Sønning & Fossum (2020), Tarberg et al. (2020) og Oosterveld-Vlug et al. (2019) på hvordan åpenhet rundt døden er med å skape en trygg arena og kunne virke tryggende og smertelindrende. Noen opplevde at flere sykepleiere kviet seg rundt å snakke om døden, og heller unngikk det. Sønning & Fossum (2020) peker på at sykepleierne bør utvikle mer kunnskap om møte med døden.

Flere av artiklene peker på funn som tilsier hvor viktig det er å involvere pårørende som skal spille på lag med sykepleieren. Dette kan bidra til å forhindre unødvendig smerte og lidelse da de kjenner pasienten best. At de pårørende også blir tatt på alvor og involveres i beslutninger ved smertelindring er sett på som essensielt (Danielsen et al. 2018; Sønning & Fossum, 2020; Tarberg et al. 2020; Oosterveld-Vlug et al. 2018). Flere av de pårørende i Oosterveld-Vlug et al., (2018) følte seg ekskludert og å ikke å bli tatt på alvor når de kom med innspill. Dette for eksempel når de så at pasienten hadde smerter og ga beskjed, men ble ikke tatt på alvor da kun pasientens ord spilte inn. Noen følte også de fikk lite støtte og informasjon.

3.2.2 Kartleggingsverktøy

Tre av artiklene poengter at det ikke blir brukt kartleggingsverktøy som ESAS for kartlegging av smerter i hjemmesykepleien. Dette kunne være knyttet til mangel på kunnskap og dårlig opplæring (Ihler & Sæteren, 2020; Molnes, 2014; Staats et al., 2018). Molnes (2014) tar imidlertid for seg holdningene rundt dette i større grad. En

såkalt "sånn gjør vi det her" holdning preget sykepleiernes bruk av både kartleggingsverktøy og smertelindringsform som førte til lite rom for forandring.

Funn i Molnes (2014) sier at det holder å spørre pasienten "hvordan har du det?", framfor å benytte kartleggingsskjema, her kommer det fram at kun 3/10 hadde benyttet seg av ESAS skjema som kartleggingsverktøy. Dette var grunnet holdningene, tidspress og lite opplæring. I samme studien peker det på lite rom for faglige diskusjoner og kurs på arbeidsplassen. Ihler og Sæteren (2020) sier at det er helt klart et godt verktøy for å utføre en helhetlig god smertelindring, og ved og ikke benytte det vil det kunne overse en rekke symptomer og grad av smerte. Likevel lot det seg ikke alltid gjøre grunnet tidspress.

Tid er sett på som sårbart hos Staats et al., (2018) der kartleggingsverktøy blir prioritert bort og det er ikke tid til å bli igjen å vurdere effekten av smertelindrende medikamenter som blir gitt.

3.2.3 Medikamentell smertebehandling

Fire av de valgte artiklene belyser sykepleiers utfordringer knyttet til å administrere opioider ved smertebehandling av palliative kreftpasienter i hjemmet. Utfordringene begrunnes i mangelfull kunnskap og negative holdninger til bruk av opioider. Dette kan føre til feildoseringer og underbehandling av smerter (Danielsen et al., 2018; Granheim et al., 2015; Molnes, 2014; Staats et al., 2018).

I to av studiene tar de for seg sammenhengen mellom kunnskap og erfaring. Det belyses at det er lav kunnskap innen håndtering av opioider og teknisk utstyr, men det kommer av kort erfaring. De med lang erfaring viste seg å være mer komfortabel med håndtering av smertepumper og opioider, og var flinke til å se effekten og videre dosering (Danielsen et al., 2018; Staats et al., 2018). I Molnes (2014) kommer det fram at morfin med smertepumpe burde avventes lengst mulig da det krevde mer kompetanse.

Granheim et al., (2015) påpeker imidlertid i sin studie at sykepleierne har den grunnleggende kunnskapen som skal til i håndtering av opioider og andre smertelindrende medikamenter, men det er uoverstemmelig med hva som anvendes i praksis. Det kan tyde på at sykepleieren i noen tilfeller ikke tar hensyn til pasientens subjektive opplevelse av smerter. Oosterveld-Vlug et al., (2018) belyste fra et pasientperspektiv at de medisinske ferdighetene og kompetansen til sykepleierne var sett på som gode og tilfredsstillende.

Flere av studiene belyser at sykepleierne blant annet ønsker mer undervisning om smertelindring i grunnutdanningen, men også kursing, rådgivning og refleksjonsmøter på arbeidsplassen for å dele erfaringer og løsninger. Dette vil kunne bidra til økt kunnskap og opplæring i prosedyrer (Danielsen et al., 2018; Molnes, 2014).

4. Diskusjon

4.1 Innledning til diskusjon

Diskusjonen vil basere seg på å drøfte rundt problemstillingen basert på funn i forskningsartiklene. Her vil også annen litteratur og egne erfaringer fra praksis som sykepleierstudent belyses og ses i sammenheng for å kunne besvare problemstillingen på best mulig måte.

”Hvordan kan sykepleieres kunnskap og holdninger påvirke smertelindringen hos palliative kreftpasienter i hjemmet?”

4.2 Diskusjon

4.2.1 Sykepleierens relasjon til pasient og pårørende

Ifølge Finset (2016) kan negative emosjoner som angst, stress, depresjon, frykt og uro sammen være faktorer som påvirker smerter. Dette kan en finne støtte i hos Sønning & Fossum (2020), der flere kreftpasienter i palliativ fase slet med angst og sa at angsten var direkte vond (Sønning & Fossum, 2020). Gjennom relasjonsbygging, menneske-menneske kontakt og gode kommunikasjonsferdigheter kan det tenkes at sykepleier kan bidra til en form for ikke-medikamentell smertelindring. Et ikke-medikamentelt tiltak som dette vil ofte ikke være nok alene, men et godt supplement til medikamentelle tiltak (Lorentsen & Grov, 2016).

Sønning & Fossum (2020) belyste hvordan sykepleiers møte med pasienten påvirket smertelindringen. Blant annet ved at det var viktig at sykepleier møtte pasienten med forståelse og respekt, og at tillitten ble bygd opp ved at pasienten følte seg sett og hørt. Det er også vist i Tarberg et al., (2020) at den beste medlidende pleien kom av at sykepleier viste empati, var en aktiv lytter og så hele pasienten. Dette kan ses i lys av Joyce Travelbee sin beskrivelse av menneske-menneske forhold, der relasjonen gradvis bygges opp igjennom empati, genuin interesse og tillitt. Ifølge henne vil ikke en reell kontakt oppnås før man ser på hverandre som et menneske, og erstatter sykepleier-pasient forhold til menneske-menneske forhold (Travelbee, 1999). Dette bekreftes av Oosterveld-Vlug et al., (2018) der pasientene utrykte viktigheten av at sykepleieren hadde personlig interesse i dem, og at de ble kjent på et mer personlig plan. Derimot var dette motsatt av hvordan jeg opplevde det i praksis som sykepleierstudent, hvor det var mest fokus på fysiske gjøremål og tiden var for knapp til å bli kjent på et mer personlig nivå. Dette samsvarer med studien til Tarberg et al., (2018), der sykepleierne belyste hvordan tidspress var en utfordring for medlidende pleie og relasjonsbygging. Pasientene i studien til Sønning & Fossum (2020) poengterte at det var ekstra vanskelig når personalet ikke hadde tid til samtale. Pasientene i studien til Oosterveld-Vlug et al., (2019) delte derimot ikke de samme erfaringene. Her hadde de ingen opplevelse av at

sykepleierne hadde det travelt, men heller tok seg lenger tid til samtale. Mye tyder altså på at sykepleierens evne til å vise sympati og medfølelse har direkte betydning for smertelindringen. Dette kan igjen sees i lys av Travelbee (1999) som sier at det er igjennom sympati og medfølelse sykepleier vil evne å forstå andres plager og smerte, og går inn for å dele pasientens plager. Hun peker også på at angst og frykt rundt sykdommen er en faktor som ser ut til å forsterke smerten, og omtaler det som en form for lidelse. Det kan derfor tenkes at sykepleieren spiller en viktig rolle ved å vise medfølelse og bære byrden av smerte sammen med pasienten. Samtidig kan det tenkes at hvis dette reduserer angsten og uroen hos pasienten vil smerten ikke føles like overveldende.

Et annet sentralt moment er sykepleiers rolle i å ivareta de pårørende. Pasienten kan ofte utvikle bekymring over at belastningen blir for stor for de pårørende i hjemmet (Stensheim et al., 2016). I studien til Sønning & Fossum (2020) poengterer de hvordan pasienten satt med en følelse av å svikte de nærmeste ved å påføre de en ekstra belastning. Ved at pasienten utvikler en stressreaksjon, kan det bidra til å forsterke smertene (Travelbee, 1999). En fremtredende faktor ville være å inkludere de pårørende, gjerne igjennom informasjonsmøter og samtaler slik at de kunne få en felles forståelse for sykdom og forløp (Sønning & Fossum, 2020). Sykepleieren spiller en viktig rolle ved å holde kontinuerlig kontakt, der pårørende kan fortelle om hvordan de opplever situasjonen. Det er også viktig å anerkjenne de for den jobben de gjør (Brenne & Estenstad, 2016). Ifølge egne praksiserfaringer ble pårørende inkludert i alle avgjørelser og de virket tilfredsstillt med støtten de fikk igjennom forløpet og smertelindringen. Samtidig ga pårørende uttrykk for i Oosterveld-Vlug et al., (2019) at de følte seg ekskludert og oversett av sykepleierne. Selv om de synes pasienten ble godt ivaretatt, følte de selv at de ikke fikk den støtten og informasjonen de hadde behov for. Jeg fikk også selv et innblikk i hvordan samarbeid med pårørende kunne hjelpe i vurderingen av smertebehandlingen. Anvik (1996) peker på at desto bedre relasjon en har jo bredere forståelse vil en ha for smerteopplevelsen. Pårørendes vurdering av pasientens smerte vil derfor kunne gi verdifull innsikt til sykepleieren, men for at de ikke skulle bli overbelastet var det viktig at sykepleieren tok seg tid til å se deres behov. Samlet sett ser vi en tendens til at sykepleierens holdning og oppfølging rundt ivaretagelse av pårørende vil kunne få en indirekte effekt på smertelindringen da dette kan se ut til å påvirke pasienten.

I flere av studiene er søkelyset rettet mot åpenhet rundt døden som en tryggende faktor som kunne virke smertelindrende (Sønning & Fossum, 2020; Tarberg et al., 2020; Oosterveld-Vlug et al., 2019). Å ufarliggjøre døden ved å se det som en normal prosess er sentralt for å skape trygghet rundt pasienten (Birkeland & Flovik, 2014). Likevel kommer det fram i studien til Oosterveld-Vlug et al., (2019) at de opplevde at sykepleierne kviet seg rundt det å snakke om døden. Dette kan ses i sammenheng med at sykepleieren i møte med alvorlig sykdom og død kan kjenne på sin egen sårbarhet (Lorentsen & Grov, 2016), noe som kan vekke frykt og tanker om egen død. Videre i Tarberg et al., (2020) sies det at det bør utvikles mer kunnskap rundt å komme i møte med døden, og at dette er noe sykepleier og pasient behøver å mestre sammen. Helsedirektoratet (2019) påpeker at en stor del av kommunikasjonen i den palliative fasen skal være forberedende samtaler om livets slutt og døden. Sykepleier skal gi pasient mulighet til å snakke om dette temaet på en hensynsfull måte. Dette ser likevel ut til å være vanskelig for flere sykepleiere i studiene, da de heller lar være. Igjen

fremheves sykepleiernes ferdigheter innen kommunikasjon som en viktig faktor som kan bidra til å påvirke relasjonen og derav smertelindringen i sin helhet.

4.2.2 Bruk av kartleggingsverktøy

I min tid som sykepleierstudent i hjemmesykepleien ble jeg aldri introdusert for kartleggings skjemaer som eksempelvis ESAS for kartlegging av smerte. Kan det være at dette ikke blir anvendt i klinisk praksis? Mine erfaringer anses å være i samråd med flere studier. Ihler og Sæteren (2020), Staats et al., (2018) og Molnes (2014) sier alle at kartleggingsverktøy for smerte ikke blir benyttet grunnet tidspress og mangelfull kompetanse. ESAS-skjemaet (Edmonton Symptom Assessment System) kartlegger ulike symptomer i det palliative forløpet, der smerte er oppført som en av åtte symptomer. Dette er et godt verktøy for kreftpasienter med smerter og som er raskt å bruke (Lorentsen & Grov, 2016). På den ene siden påpeker sykepleierne i Molnes (2014) at dette ble nedprioritert ettersom det tok for lang tid å fylle ut. På den andre siden er det ifølge Lorentsen og Grov (2016) og Ihler og Sæteren (2020) et raskt verktøy som er lett å anvende. Det kan derfor tyde på den enkeltes sykepleiers erfaringer, kunnskap og holdninger får betydning for deres oppfatning av kartleggingsverktøy som hjelpemiddel.

Det er kun pasientens egen subjektive opplevelse man skal ta utgangspunkt i ved kartleggingen av smerte. Gjennom nøye observasjon og samtale kan en få et godt bilde av smertene (Lorentsen & Grov, 2016). Dette kan en finne støtte hos Ihler og Sæteren (2020), der de påpeker at selv om ESAS blir brukt i varierende grad er det likevel det best egnede verktøyet for å måle pasientens subjektive opplevelse av smerte. Det blir også belyst som et godt hjelpemiddel for å tilrettelegge for samtale der pasienten selv får muligheten til å kartlegge smertene, uten at sykepleieren anslår noe. I Granheim et al., (2016) kom det imidlertid fram at sykepleierne undervurderte pasientens subjektive opplevelse av smerte, og en stor andel av sykepleierne hadde markert et annet tall i kurven enn pasientens egen oppfatning av smerten. Ifølge Lorentsen og Grov (2016) er det sykepleiers plikt å ta hensyn til pasientens formidling og opplevelse av smerte og kartlegge den totale smerten. Likevel forekommer det i studien til Granheim et al., (2016) at holdningene til sykepleiere er til hinder for god smertelindring når en ikke tar tilstrekkelig hensyn til pasienten. Sykepleierne i Molnes (2014) sa det bare holdt å spørre pasienten hvordan de hadde det, og at kartleggingsverktøy derfor ikke var nødvendig. På den andre siden sier de i Ihler og Sæteren (2020) at det å bare spørre pasienten uten kartleggingsverktøy ikke er holdbart. De mente at å spørre pasienten "hvordan har du det?" kan føre til at flere symptomer ble oversett. Dette er samsvarende med mine opplevelser fra praksis, der lite systematisk dokumentasjon på symptomene kunne blant annet gjøre det utfordrende for neste sykepleier å vite hvordan effekten av smertelindrende medikamenter utartet seg.

Ifølge Ihler og Sæteren (2020) må kartleggings skjema brukes rutinemessig om det skal ha noe hensikt, dette for å kunne følge opp og evaluere videre tiltak. I Molnes (2014) hadde kun 3/10 sykepleiere anvendt ESAS ettersom flere ikke hadde fått opplæring i det. Et systematisk bruk av skjemaet krever at sykepleieren er motivert og har kompetanse til å bruke det (Molnes, 2014). NSF (u.å) sine retningslinjer underbygger dette med å si at det til en hver tid kreves at sykepleieren kjenner sin rolle og er motivert, og således tilegner mer kunnskap. Det kan tenkes at sykepleierne i denne studien ikke er motivert nok eller at det ikke er fokus på det på deres arbeidsplass. Videre vil vi se i Ihler og

Sæteren (2020) at det er manglende oppmerksomhet rundt ESAS på enkelte arbeidsplasser. Det kan tyde på at sykepleiernes oppfatning av effekten av skjemaet reduseres fordi det ikke får noen konsekvenser for dem direkte dersom de unnlater å benytte seg av det. Likevel kan det tenkes å få konsekvenser for effekten av smertelindringen da flere studier peker på at verktøyet har god effekt. For det andre kan det tenkes at manglende fokus på skjemaet fra ledelsen kunne ytterligere forsterke sykepleiernes inntrykk av at skjemaet er overflødig. Manglende oppmerksomhet rettet mot ESAS kan være grunnen til at jeg selv ikke ble introdusert til dette skjemaet i praksis. Molnes (2014) legger videre fram at arbeidsplassen var preget av en "sånn gjør vi det her" holdning. Det å komme som ny sykepleier og stå mot meninger og allerede eksisterende rutiner kan være vanskelig, og noe som jeg selv kan kjenne meg igjen fra mine egne erfaringer i praksis. Molnes (2014) og Staats et al., (2018) påpeker at evalueringen på symptomer kom an på hver enkelt sykepleier. Igjen kommer det frem hvordan holdningene til hver enkelt sykepleier kan påvirke anvendelsen av kartleggingsverktøy, og følgelig smertelindringen.

Det kan være vanskelig å opprettholde rutiner dersom det er opp til hver enkelt sykepleier hvorvidt det skal brukes og når man er usikker på om neste sykepleier på vakt følger opp ESAS. Staats et al., (2018) tar sikte på at dersom det hadde vært forventninger knyttet til bruken av det hadde det vært enklere for den enkelte å benytte. Staats et al., (2018) konstaterte med at sykepleierne var flinke til å si i fra om manglende rutiner eller ting som burde forbedres, som kunne bidra til en bedre kvalitet i den palliative pleien generelt. Det kan tenkes at dersom man som sykepleier er flink til å si i fra og sette grenser for seg selv kan det utfordre den etablerte "sånn gjør vi det her" holdningen, og kanskje bidra til å utvikle nye, forbedrende rutiner og tankemønstre. Det er et tydelig mønster basert på funn i studiene hvordan sykepleiers holdninger og kunnskap påvirker bruken av kartleggingsverktøy av smerte. Det viser samtidig hvordan erfaringer kan kunne påvirke evalueringen ved at enkelte sykepleiere stoler mer på sine egne kliniske vurderinger. Det blir altså tydelig at sykepleiers holdninger kan påvirke optimaliseringen av smertelindringen. Dette underbygges også av Travelbee (1999) hvor det fremkommer at det er nærmest umulig for en sykepleier å tolke pasientens smerte kun ved observasjon.

4.2.3 Medikamentell smertelindring

Hos pasienter med kreftsmarter utgjør mer enn 95% av behandlingen den medikamentelle smertelindringen (Bjørge, 2010). Ifølge Helsedirektoratet (2019) er det mange som blir utilstrekkelig smertelindret på grunn av at medikamenter ikke blir kombinert godt nok eller manglende oppfølging etter igangsatt smertelindring. Imidlertid viser det seg etter funn i studiene at holdninger og kunnskap rundt opioider og annet utstyr kan ha innvirkning på selve smertelindringen (Danielsen et al., 2018; Granheim et al., 2015; Molnes, 2014; Staats et al., 2018). Opioider vil kunne bidra til å lindre akutte sterke smerter, for eksempel morfin (Lorentsen & Grov, 2016). Likevel vegret sykepleierne seg i Ihler og Sæteren (2020) for å gi for mye morfin da de var redde for bivirkningene som kunne oppstå. Anvik (1996) påpeker at sykepleiernes individuelle holdninger kan være avgjørende, da noen kan oppleve det som uutholdelig å se pasienten utilstrekkelig smertelindret. Funnene i Ihler og Sæteren (2020) underbygger også dette ettersom enkelte var villig til å gi mye morfin selv om pasienten ble sløv. Det viktigste var med andre ord at pasienten ikke hadde det vondt. På en annen side vegret

andre seg for å gi for mye ettersom konsekvensen kunne bli bivirkninger som blant annet avhengighet og ventilasjonssvikt. Opioider skal håndteres med varsomhet da det kan gi alvorlige bivirkninger (Lorentsen & Grov, 2016), men ifølge Bjørge (2010) vil ikke opioider gi det samme psykiske "kicket" hos pasienter med kreftrelaterte smerter. Dermed vil ikke avhengighet være et problem. Samlet sett ser vi igjen en tendens til at den enkelte sykepleiers holdninger og kunnskap kan få betydning for sykepleieutøvelsen og smertelindringen.

Ved livets slutfase anbefaler Helsedirektoratet (2019) en medisinpakke med Morfin, Midazolam, Haloperidol og Glucopyrro. Det er et medisinskrin med eventuellmedikamenter som er hensiktsmessig når pasient ikke kan ta medisiner peroralt. Sammen lindrer det smerter, angst, uro, kvalme og eventuell surkling som for hjemmeboende kan gis subkutant med smertepumpe. I noen kommuner er dette skrinet blitt anvendt, men ifølge studien til Staats et al., (2018) blir ikke dette verktøyet brukt i tilstrekkelig grad. Dette kom av at sykepleiere ikke var sikre på seg selv og sin vurderingsevne. Danielsen et al., (2018) påpekte derimot at dette skrinet var helt essensielt for tilfredsstillende smertelindring i hjemmet. I Staats et al., (2018) viste det seg å være et stort gap mellom nyutdannede og erfarne sykepleiere. De erfarne sykepleierne så ut til å benytte seg av dette skrinet og ga morfin uten å vegre seg. Samtidig var de uerfarne sykepleierne ukomfortable rundt håndteringen av morfin og var redde for bivirkningene. Det kan forklares med at hver enkelt sykepleiers erfaring er en viktig del av kunnskapsutviklingen. Dette støttes av Kristoffersen (2011) som sier at sykepleiere som havner i samme situasjoner de tidligere har tilegnet seg erfaring fra vil kunne være tryggere i sykepleieutøvelsen. Staats et al., (2018) belyser også at mangel på kontinuitet førte til at sykepleierne var litt rustne når de skulle benytte seg av smertepumper og annet utstyr. Det krever selvstendighet i hjemmesykepleien da en står mye alene, noe som fører til økt kompetansekrav innen palliasjon og kreft (Norås, 2010). Likevel ga de ga uttrykk for i Staats et al., (2018) at de synes det var faglig uforsvarlig at de måtte stå alene med dette. Følgelig kommer dette isåfall i strid med helsepersonellens lov om sykepleierens krav til faglig forsvarlighet (Helsepersonelloven, 1999, §4).

Pasientene i studien til Sønning & Fossum (2020) utrykte også at kunnskapsnivået blant sykepleierne burde økes. På en annen side var pasientene i studien til Oosterveld-Vlug et al., (2019) tilfreds med de medisinske ferdighetene hos sykepleierne og synes de hadde god kompetanse. Dette er den samme studien som påpekte at sykepleieren hadde god tid ved hjemmebesøk og siden mye av problematikken som belyses i andre studier er tidspress, kan en mulig forklaring være at de har bedre tid til kartlegging og evaluering av smerte. Granheim et al., (2015) belyste på en annen side at sykepleierne hadde den grunnleggende kunnskapen som skal til i en trygg håndtering av opioider. Dette var imidlertid ikke i samsvar med hva som ble gjort i praksis. Dette tydet på at sykepleieren i noen tilfeller kanskje ikke tok hensyn til pasientens opplevelse av smerte og heller stolte på sine egne kliniske vurderinger.

Det kan tenkes at i noen situasjoner vil enkelte sykepleiere trekke inn tidligere erfaringer inn i vurderingen av medikamentell smertebehandling som igjen vil kunne påvirke smertelindringen. Molnes (2014) finner at sykepleierne hadde en tendens til å ha sterke meninger grunnet personlige erfaringer, som igjen bidro til at de avventet for lenge med morfin. De pårørende i den samme studien hadde påpekt at noen sykepleiere som hadde

personlige meninger rundt dette opptrådte uprofesjonelle. Sykepleier skal som regel alltid ta pasientens ord på at en snakker sant, men det underbygges likevel i Nordtvedt (2016) at pasienten ikke blir trodd. Totalt sett ser vi igjen en tendens til at sykepleiers holdninger og erfaringer kan få direkte innvirkning på sykepleieutøvelsen og smertelindringen. Samtidig må man nok alltid ta hensyn til individuelle forskjeller ettersom både pasienter og sykepleiere er ulike.

4.2.4 Sykepleiers kunnskap og holdninger

Molnes (2014) belyser viktigheten for at sykepleierne skal kunne tilegne seg kunnskap ved hjelp av kunnskapsutveksling. Når man jobber selvstendig i hjemmet var det spesielt viktig å utveksle kunnskap og erfaringer med sine kolleger. Det var ønskelig at kunnskapen og kompetansen bør deles mellom sykepleierne slik at det overordnede nivået økes. Kristoffersen (2011) belyser også dette som en vesentlig ting i kunnskapsutviklingen. Ved at de mer erfarne kan være en slags rollemodell for de mindre erfarne, og kolleger skal kunne dele kunnskap og erfaringer vil det kunne øke yrkeskompetansen. En hektisk hverdag gjorde derimot dette vanskelig ifølge Molnes (2014). Sykepleierne i Staats et al., (2018) utrykte sterke ønsker om innføringer av kurs og å sette av tid til diskusjoner innad i gruppen. De trodde dette førte til bedre selvsikkerhet når det kom til blant annet medikamenthåndtering. Molnes (2014) påpeker videre at siden det var lite rom for å diskutere med kolleger var det derfor et økende kompetansekrav innen kreft og palliasjon. Dette underbygges av Norås (2010) som sier det er et økende kompetansekrav innen kreft og palliasjon da det kan være mindre rom for drøfting med kolleger i hjemmesykepleien.

Faglige ressurser fra ulike profesjoner vil kunne gi et helhetlig godt tilbud (Anvik, 1996). Danielsen et al., (2018) belyste hvordan god støtte fra palliative team var hensiktsmessig. De ga uttrykk for at deres egen kompetanse ikke var tilstrekkelig når det kom til legemiddelhåndtering, men gjennom refleksjonsmøter med palliativt team eller smerteteam ble det rom for å tilegne seg mer kunnskap og opplæring. Molnes (2014) poengterte også at et godt samarbeid med slike team var essensielt for god smertelindring. Det å ha spesialister innen smerte, kreft og palliasjon i ryggen skapte en trygghet for sykepleierne. Førstnevnte stilte også med utsyr som manglet, ga opplæring og delte av sin kunnskap (Molnes, 2014). Danielsen et al., (2018) sier ledelsen burde ta mer ansvar for å tilrettelegge for kursing og veiledning, eller sette av tid til refleksjon mellom sykepleierne. Dersom de ansatte i større grad retter søkelyset mot denne problemstillingen, kan det tenkes at ledelsen blir mer bevisst på de positive effektene det kan gi. I studien til Danielsen et al., (2018) kom det fram at sykepleiere var for dårlige til å si fra eller komme med innspill. I Staats et al., (2018) var sykepleierne flinke til å si fra, noe som kan tenkes å gi økt fellesskapsfølelse og følgelig smertelindringen i hjemmet. Dette belyser hvordan holdningene til sykepleierne kan bidra til å øke eller svekke kompetansevekslingen, og igjen kan påvirke smertelindringen i hjemmet.

4.3 Styrker og svakheter

Styrken ved denne litteraturstudien er at sju av artiklene er gjort under norske forhold, der intervjuene har foregått ved norsk hjemmesykepleie eller sykehus. Ved at mange kilder kommer fra samme type forhold og funn er relativt like kan det bidra til å forsterke

denne litteraturstudien. Den siste artikkelen er gjort i Nederland, som er overførbart til norske forhold. I litteraturstudien er det blitt benyttet mest kvalitative forskninger som kan være fordelaktig da en får flere personlige erfaringer rundt palliasjon og smertelindring i hjemmet, likevel kan dette også være en svakhet. Ulempen med å kun få det fra noens ståsted gjør det vanskelig å trekke konklusjoner utover enn akkurat de det gjelder, da kun noen informanter ikke kan generaliseres.

En annen svakhet kan være at det er kun én kvantitativ forskningsartikkel med i oppgaven. Mer kvantitativ forskning kan bidra til å gi et mer overordnet bilde av det man undersøker. I tillegg har den ene kvantitative artikkelen kun et utdrag fra ett universitetssykehus. Samlet sett ser det likevel ut på bakgrunn av resultatene at funnene peker i samme retning som kan gi indikasjoner for at man kan konkludere rundt det samme.

En annen styrke er at seks av ni artikler er av nyere tid, og det er kun tre artikler som er mer enn tre år gammel. De eldre artiklene gjør at man kan stille seg kritisk til hvordan det er i dag, men sammenlignet med de nyere artiklene kan det se ut til at det ikke er store forandringer innen denne tematikken. Til sist må det tas høyde for at noen av resultatene kan ha blitt misforstått i oversettelsen fra engelsk.

4.4 Konklusjon

Det er mye som peker på at sykepleiers holdninger og kunnskap påvirker sykepleieutøvelsen og smertelindringen i større eller mindre grad. Ved at sykepleieren står mer selvstendig i avgjørelser i hjemmesykepleien stilles det krav til kompetanse og selvstendighet. Sykepleiers evne til kommunikasjon, sympati og medfølelse vil påvirke hvordan relasjon til pasient og pårørende utarter seg. Siden trygging i den palliative fasen vil kunne tenkes å virke smertelindrende på et ikke-medikamentelt nivå, ser dette ut til å ha betydning da flere studier og litteratur påpekte at angst og andre følelsesmessige emosjoner påvirker smerten.

Mye tyder også på at bruk av kartleggingsverktøy er essensielt for god smertelindring i hjemmet. Siden flere sykepleiere heller stolte på sine egne kliniske vurderinger framfor systematisk kartlegging kunne det føre til underbehandling av smerte. Der sykepleierne hadde kompetanse og rutiner innen bruk av kartleggingsverktøy ville dette føre til en mer tilstrekkelig smertelindring, ettersom det kun er pasienten selv om kan si noe om sin egen smerte. Den medikamentelle behandlingen påvirkes også av sykepleiers holdninger og kunnskapsnivå, blant annet når det kommer til bruk av opioider og medisinsk utstyr. Kunnskap og holdninger rundt eksempelvis morfin er knyttet til redsel for alvorlige bivirkninger ved å gi for mye. Det viser seg at ved lengere erfaring er sykepleieren tryggere i bruken av morfin da en har opparbeidet seg kunnskap og erfaring fra tidligere. Det er mye som tyder på at jevn kunnskapsutveksling med hverandre er essensielt, særlig når en jobber så selvstendig som i hjemmesykepleien. Det er nødvendig å bruke hverandre og å sette av tid til refleksjonsmøter og kurs. Dette er noe de ansatte bør tydeliggjøre på arbeidsplassen, slik at ledelsen kan gjøre dette til en prioritet.

Litteraturstudien gir flere implikasjoner for sykepleie. Det kan se ut som det bør bli økende fokus på bruk av kartleggingsverktøy da det viser seg å kan ha stor innvirkning på smertelindringen. Økende fokus rundt opioider kan føre til at sykepleiere blir mer selvsikker og trygge rundt håndteringen av det. Sykepleiere kan også bli bevist på holdningene rundt kartlegging av smerte, og stole mer på pasientens subjektive opplevelse av smerter. Ved å bruke hverandre, palliative team og smerteteam kan det føre til kunnskapsutvikling.

Referanser

- Anvik, V.H. (1996). *Ved livets slutt: omsorg for den kreftsyke og familien i hjemmet*. AiT Enger A/S.
- Birkeland, A. & Flovik, A.M. (2014). *Sykepleie i hjemmet* (Utg. 2.). Cappelen Damn AS.
- Bjørgero, S. (2010). Smerte og smertebehandling. I Reitan A.M. & Schjøberg, T.K (Red.), *Kreftsykepleier: Pasient, utfordring, handling* (3. Utg.). Akribe AS.
- Brenne, A-T. & Estendstad, B. (2016) Hjemmedød. I Kaasa, S. & Loge, J.H (Red.), *Palliasjon: nordisk lærebok* (3. Utg.). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Dalland, O. (2020). *Metode og oppgaveskriving* (7. Utg.). Gyldendal Norsk Forlag AS
- Danielsen, B. V., Sand, A. M., Rosland, J. H., & Førland, O. (2018). Experiences and challenges of home care nurses and general practitioners in home-based palliative care - a qualitative study. *BMC palliative care*, 17(1), 95. <https://doi.org/10.1186/s12904-018-0350-0>
- Evans, D. (2002). Systematic reviews of interpretive research: interpretive data synthesis of processed data. *The Australian Journal of advanced nursing*. 20(2), 22-26. <http://www.ajan.com.au/Vol20/Vol20.2-4.pdf>
- Finset, A. (2016). Smertepsykologi. I Kaasa, S. & Loge, J.H (Red.), *Palliasjon: nordisk lærebok* (3. Utg.). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Folkehelseinstituttet. (2020, 24. Januar). *De fleste dør på sykehjem, få dør hjemme*. Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/nyheter/2018/de-fleste-dor-pa-sykehjem/>
- Granheim, T.H., Raaum, K., Christophersen, K-A. & Dihle, A. (2015). Sykepleieres og studenters kunnskap og holdninger til smerter og smertelindring hos voksne. *Sykepleien*, 10(4), 326-334. [10.4220/Sykepleienf.2015.55983](https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2015.55983)

Helse Bergen. (2021, 03. Mai). *ESAS Symptomregistrering*. Helse Bergen.

<https://helse-bergen.no/kompetansesenter-i-lindrande-behandling/palliasjon-verktoy-for-helsepersonell/esas-symptomregistrering>

Helsedirektoratet. (2019). *Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen*.

Helsedirektoratet. https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/palliasjon-i-kreftomsorgenhandlingsprogram/Palliasjon%20i%20kreftomsorgen%20%E2%80%93%20Nasjonalt%20handlingsprogram%20med%20retningslinjer.pdf/_attachement/inline/95636e37-ce73-4f2f-a61d-ee3f9e1ccada:fd30165370557eebcb60adcdb8473e4b786776b4/Palliasjon%20i%20kreftomsorgen%20%E2%80%93%20Nasjonalt%20handlingsprogram%20med%20retningslinjer.pdf

Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell*. LOV-1999-07-02-64. Lovdata.

https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64/KAPITTEL_2#%C2%A711

IASP. (2017, 14. Desember). *IASP Terminology*. IASP.

<https://www.iasppain.org/Education/Content.aspx?ItemNumber=1698&fbclid=IwAR3wd8I5Q4Kj8XpSxJQvN4xB6ksDsq8aG3zXTpMpFBcE6TIx1fh4hV1fE2o#Pain>

Ihler, E.M. & Sæteren, B. (2019). Sykepleieres erfaringer med å bruke ESAS til å kartlegge symptomer hos kreftpasienter. *Sykepleien*, 14(79585). [10.4220/Sykepleienf.2019.79585](https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2019.79585)

Kreftforeningen. (2020, 27. august). *Hjemmedød*. Kreftforeningen.

<https://kreftforeningen.no/rad-og-rettigheter/doden/hjemmedod/>

Kreftforeningen. (u.å.). *Kreft i Norge*. Kreftforeningen.

<https://kreftforeningen.no/om-kreft/kreft-i-norge/>

Kreftregisteret. (2021, 18. Mars). *Om kreft*. Hentet 5. april 2021 fra

<https://www.kreftregisteret.no/Temasider/om-kreft/>

Kristoffersen, N.J. (2011). Sykepleie – kunnskap og kompetanse. I Kristoffersen, N.J.,

Nortvedt, F. & Skaug, E-A (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Sykepleierens grunnlag, rolle og ansvar* (2. utg., bind 1.). Gyldendal Norsk Forlag AS.

Lorentsen, V.B. & Grov, E.K. (2016). Generell sykepleie ved kreftsykepleie. I Stubberud,

D-G., Grønseth, R. & Almås, H (Red.), *Klinisk sykepleie*. (5. utg., bind 2.). Gyldendal Akademisk.

Molnes, S.I. (2014). Sykepleres erfaringer med smertelindring til hjemmeboende

kreftpasienter. *Nordisk sykeplejeforskning*, 02(4), 142-155.

<https://doi.org/10.18261/ISSN1892-2686-2014-02-06>

Nortvedt, F. (2016). Smerte – en personlig og sammensatt erfaring. I Kristoffersen, N.J.,

Nortvedt, F., Skaug, E-A. & Grimsbø, G.H (Red.), *Grunnleggende sykepleie: pasientfenomener, samfunn og mestring* (3. utg, bind 3.). Gyldendal Norsk Forlag AS.

Norås, I.L. (2010). Kreftsjukepleie i heimen. I Reitan, A.M. & Schjøberg, T.K (Red.),

Kreftsjukepleie: pasient – utfordring – handling (3. utg.). Akribe AS.

NSF. (u.å.). *Yrkesetiske retningslinjer*. NSF.

<https://www.nsf.no/sykepleiefaget/yrkesetiske-retningslinjer>

NSD. (2021). *Register over vitenskapelige publiseringskanaler*. NSD.

<https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/KanalTreffliste.action?xs=home+health+care+management+%26+practice&tv=true>

Oosterveld-Vlug, M. G., Custers, B., Hofstede, J., Donker, G. A., Rijken, P. M., Korevaar,

J. C., & Francke, A. L. (2019). What are essential elements of high-quality palliative care at home? An interview study among patients and relatives faced with advanced cancer. *BMC palliative care*, 18(1), 96.

<https://doi.org/10.1186/s12904-019-0485-7>

Staats, K., Tranvåg, O., & Grov, E. K. (2018). Home-Care Nurses' Experience With

Medication Kit in Palliative Care. *Journal of hospice and palliative nursing : JHPN : the official journal of the Hospice and Palliative Nurses Association*, 20(6), E1-E9.

<https://doi.org/10.1097/NJH.0000000000000518>

Stensheim, H., Hjermsstad, M.J. & Loge, J.H. (2016). Ivaretagelse av pårørende. I kaasa,

S. & Loge, J.H (Red.), *Palliasjon: nordisk lærebok*. (3. utg.). Gyldendal Norsk Forlag AS.

Sønning, H. E., & Fossum, M. (2020). "Jeg gråter noen tårer hver dag". En

fenomenologisk studie av hjemmeboende kreftpasienters beskrivelse av deres livssituasjon i palliativ fase. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*, 16(1), 16. <https://doi.org/10.7557/14.4319>

Tarberg, A.S., Landstad, B.J., Hole, T., Thronæs, M. & Kvangarsnes, M. (2020).

Nurses' experiences of compassionate care in the palliative pathway. *Journal of Clinical Nursing*, 2020(29), 4818-4826. <https://doi.org/10.1111/jocn.15528>

Thiedemann, I-J. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleiestudenter: Den lille*


motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving. (2. utg.). Universitetsforlaget.

Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Gyldendal Akademisk

Vedlegg

Vedlegg 1

ESAS Skjema for kartlegging av symptomer (Helse Bergen, 2021).

 Edmonton Symptom Assessment System (revidert versjon) (ESAS-r)	
Vennligst sett ring rundt det tallet som best beskriver hvordan du har det NÅ:	
Ingen smerte	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Verst tenkelig smerte
Ingen slapphet <i>(slapphet = mangel på krefter)</i>	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Verst tenkelig slapphet
Ingen døsighet <i>(døsighet = å føle seg søvrig)</i>	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Verst tenkelig døsighet
Ingen kvalme	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Verst tenkelig kvalme
Ikke nedsatt matlyst	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Verst tenkelig nedsatt matlyst
Ingen tung pust	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Verst tenkelig tung pust
Ingen depresjon <i>(depresjon = å føle seg nedstemt)</i>	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Verst tenkelig depresjon
Ingen angst <i>(angst = å føle seg urolig)</i>	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Verst tenkelig angst
Best tenkelig velvære <i>(velvære = hvordan du har det, all fatt i betraktning)</i>	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Verst tenkelig velvære
Ingen _____ Annet problem (f.eks. forstoppelse)	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Verst tenkelig _____

Pasientens navn: _____

Dato: _____

Tidspunkt: _____

Fyll ut av (sett ett kryss):

- Pasient
- Pårørende
- Helsepersonell
- Pasient med hjelp fra pårørende eller helsepersonell

