



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGÅVE

Kreft og smertelindring

Cancer and pain relief

Kandidatnummer 454

Bachelor i sjukepleie

HVL -Campus Førde

Innleveringsdato 24.05.2022

Eg stadfestar at arbeidet er sjølvstendig utarbeida, og at referansar/kjeldetilvisingar til alle

kjelder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 12-1.

Samandrag

Tittel: Kreft og smertelindring

Bakgrunn: Det er stadig fleire menneske som vert ramma av kreft. Å få kreftsjukdom, vil for nokon bety at døden nærma seg. Sjukdom vil difor føre med seg store konsekvensar både for pasient og familie. For at pasienten skal få oppleve ein verdifull død heimen hjå seg sjølv, vert det stilt store krav til sjukepleiaren om å ha god kunnskap og erfaring om smertelindring i palliativ fase.

Problemstilling: Korleis kan sjukepleiar bidra med smertelindring til heimebuande pasientar med kreft i palliativ fase?

Metode: I denne oppgåva har eg gjort eit litteraturstudie. Datamaterialet som er nytta er forskingsartiklar, pensumlitteratur og andre relevant teori i fagfeltet.

Oppsummering av funn og konklusjon: Funn viser at ESAS er eit viktig verktøy for å kartlegge og vurdere pasientens smerter. For å kunne nytte ESAS-skjema eller andre kartleggingsverktøy er det naudsynt med opplæring. Funn viser også at sjukepleiarens kunnskap og haldningar kan ha innverknad på bruk av denne typen skjema, samt bruk av bestemte medikament som opioider. Der viser vidare eit behov for auka kompetansenivå blant sjukepleiarar innan smertelindring og bruk av medisinske utstyr som til dømes smertepumpe. Mangel på kunnskap, kompetanse, erfaring og rutinar kan føre til undervurdering av pasientens smerter og andre plagar, noko som kan føre til utilstrekkeleg smertebehandling.

Nøkkelord: Kreft, smertelindring, palliativ, heimesjukepleie.

Abstract:**Title:** Cancer and pain relief

Purpose: The incidence of cancer is increasing with the population. To be diagnosed with the cancer will for some mean that death is approaching. Therefore cancer may have a major consequences for both patient and family. In order for the patient to experience a dignifying end to once life at home, the nurse must have good knowledge and experience of pain relief in the palliative phase.

Research question: How can a nurse contribute to pain relief for patients living at home with cancer in the palliative phase?

Method: In this thesis I have done a literature study. The data material used is research articles, course literature and other relevant theory in the field.

Summary of findings and conclusion: Findings show that ESAS is an important tool for mapping and assessing the patient's pain. To be able to use ESAS forms or other mapping tools, training is necessary. Findings also show that the nurse's knowledge and attitudes can have an impact on the use of type of forms, as well as the use of certain drugs such as opioids. It also shows a need for an increased level of competence among nurses in pain relief and the use of medical equipment, such as a pain pump. Lack of knowledge, competence, experience, and routines can lead to underestimation of the patient's pain and other ailments, something that can lead to inadequate pain treatment.

Keywords: Cancer, pain relief, palliative, home nursing.

Innhold

1. Innleiing	1
1.1 Innleiing og bakgrunn for val av tema	1
1.2 Problemstilling	2
1.3 Avgrensing av problemstillinga	2
2. Teori.....	3
2.1 Kreft	3
2.2 Smerter	3
2.3 Kommunikasjon	4
2.4 Palliasjon.....	5
2.5 Heimesjukepleie og kompetanse	6
3. Metode	7
3.1 søke- og utvalsprosess for forskingsartiklar	8
3.2 Val av bøker	8
3.3 kjeldekritikk	9
4 presentasjon av artiklar	9
4.1 Artikkel 1.....	9
4.2 Artikkel 2.....	10
4.3 Artikkel 3.....	11
4.4 Artikkel 4.....	11
4.5 Artikkel 5.....	12
4.6 Artikkel 6.....	12
4.7 Artikkel 7.....	13
5. Samanfating av resultat frå forskingsartiklane	14
5.1 Kartleggingsverktøy/kartlegging av smerter:	14
5.2 Medikamentell smertelindring.....	14
5.3 relasjon mellom sjukepleiar og pasient.....	15
6. Drøfting.....	16
6.1 Kartlegging av smerter	16
6.2 Medikamentell smertelindring.....	19
6.3 Sjukepleiarens kunnskap og kompetanse	21
7. Konklusjon	22
Litteraturliste.....	24
Vedlegg.....	28
Vedlegg 1 Oversikt over søk	28

1. Innleiing

1.1 Innleiing og bakgrunn for val av tema

I fylgje Verdas Helseorganisasjon, er kreft den nest største dødsårsaka globalt, og i 2018 tok kreft ca. 9,6 millionar menneskeliv. Kreftbyrden fortset å auke globalt, og fører til ei stor fysisk, kjenslemessig og økonomisk belastning på enkeltpersonar, familiar, lokalsamfunn og helsesystemet (World Health Organization, u.å.).

Sjølv om dødelegheita av kreft visar seg statistisk å vere synkande og overlevinga aukar, er det framleis auking i forkomst av kreft i Noreg. Ved utgang av året 2020 var det over 300 000 nordmenn som har eller har hatt kreft, noko som var over 90 000 fleire tilfelle enn 10 år tidlegare. Talet på krefttilfelle er i dag dobbelt så mange som for 50 år sida. I fylgje Kreftregisteret vert det i Noreg registrert 35515 nye krefttilfelle i 2020. Største delen, 19223 tilfelle var menn og 16292 tilfelle var kvinner. Kreft er ein sjukdom som kan ramme personar i alle aldrar, men dei fleste som får denne sjukdommen er eldre, der tre av fire krefttilfelle blant både menn og kvinner er over 60 år. Kreft tek fleire liv per år, og i 2020 døyde 10981 personar på grunn av denne sjukdommen (Kreftregisteret, 2021). Desse tala tyder på at pasientar med kreft er blant dei største pasientgruppene i Noreg.

Å verta ramma av kreftsjukdom vil for mange pasientar bety at framtida er øydelagt, at ein må leve med liding og smerte og at døden nærmar seg. Smerter er den mest vanlege plaga som pasientane er byskymra for. Smerteplagene førekjem hos 40-50% av pasientane og meir enn 70% med langtkomen kreftsjukdom opplev smerter som treng behandling (Lorentsen & Grov, 2016, s. 402). Pasientar i palliativ fase har ofte eit kompleks symptombilete som kan rask endre seg. Dei er utsett for akutt komplikasjonar, redusert organfunksjon og tap av fysisk funksjon, noko som gjer at dei treng meir hjelp og pleie (Helsedirektoratet, 2019, s.13). I yrkesetiske retningslinjer står det at sjukepleiarar skal ivareta den enkelte pasientens behov for heilskapleg omsorg, og lindre lidingar, samt bidra til ein naturleg og verdig død (Norsk Sykepleierforbund, u.å.). Sjukepleiarar har såleis ei viktig rolle i ta vare på pasientens grunnleggjande behov, men og pasientens pårørande. Dette kom fram i studien til Oosterveld-Vlug et al. (2019) er ein visar til korleis pasientar og pårørande hadde

forventningar om at helsepersonell skulle vere medisinsk flinke, tilgjengelege og å ha fokus på pasienten.

Store endringar har skjedd dei siste åra innan helsetenesta (Birkeland & Flovik, 2018, s. 18). Endringane inneber blant anna at heimesjukepleie har fått ei vesentleg større rolle når det gjelder behandling av pasientane. Der det i aukande grad er ynskeleg at pasientane skal få tilbod om helseteneste i sin eigen gjennom heimesjukepleien. Noko som bidrar til blant anna betre behandlingsskapitet i sjukehus.

Temaet eg har vald å fordjupe meg i er og skrive om er smertelindring til pasientar med kreft. Etter utført praksisperiode både på sjukeheim, i kirurgisk avdeling, medisinsk avdeling og i heimesjukepleie har eg møtt fleire pasientar med ulike kreftdiagnosar. I praksisperioden har eg opplevd at ikkje alle pasientar vert tilstrekkeleg smertelindra. Dette til trass for at helsepersonell har prøvd å gjere det beste for pasientane. For at både pasientar og pårørande skal oppleve håp og moglegheit for best mogleg pasientbehandling i den palliative fasen, tenkjer eg at det viktig at sjukepleiarar har god og oppdatert kunnskap om kreftsjukdom. Eg vil difor fordjupe meg i temaet, slik at eg kan oppnå meir kunnskap om smertelindring til denne pasientgruppa. På denne måten kan eg vonleg som sjukepleiar bidra til at pasientar med kreft kan oppnå berte livskvalitet i livets siste fase.

1.2 Problemstilling

Korleis kan sjukepleiar bidra med smertelindring til heimebuande pasientar med kreft i palliativ fase?

1.3 Avgrensing av problemstillinga

Eg har vald å avgrense oppgåva til pasientar som er ramma av kreft og som bur heime. Det vil seie at pasienten har slutta alt anna behandling og at målet vidare er palliativ behandling med fokus på symptomlindring, pleie, omsorg og livskvalitet (Lorentsen & Grov, 2016, s. 423). Pasientane kan oppleve samansette smerter som visar seg i det fysiske, psykiske, sosiale og som eksistensielle smerter (Lorentsen & Grov, 2016, s. 425). I denne oppgåva har eg vald å skrive om dei fysiske smertene hjå pasienten og utelukkar såleis dei andre

smertetypane, sjølv om desse alltid kan vere tilstades og påverke pasienten på ein eller annan måte. Det finst fleire typar av kreft, men eg vil å ikkje fokusere på ein bestemt diagnose av sjukdommen. I denne oppgåva vil eg skildre kreft generelt i den palliative fase.

Fysiske smerter er primærårsaka til at pasientar mottar den medikamentelle behandlinga av smertelindring. Eg vil i denne oppgåva konsentrere meg om er smerter, smertelindring ved hjelp av medikamentbehandling og sjukepleiarens rolle i dette. Relasjonar mellom mennesket, pasienten og sjukepleiaren vil vere ein viktig del i denne samanhengen.

2. Teori

2.1 Kreft

Kreft er ein sjukdom som kan oppstå i forskjellige delar av kroppen og som kan ramme alle menneske uavhengig av kjønn og alder. Kreft er det samlenamnet på om lag 200 ulike krefttypar. Sjølv om alle typar kreft har fleire fellestrekk, er det også mykje som skil dei frå kvarandre (kreftforeningen, 2022).

Menneskets kropp består av celler, og cellene formeirar seg ved deling. Når det skjer avvik i delinga av cellene i eit organ slik at cellene deler seg på ukontrollert måte, så dannar det seg til slutt ein kreftsvulst. Vondarta kreftsvulst har evne til spreie seg via blod eller lymfesystemet til andre organa i kroppen. Det finst fleire typar medisinsk behandling til kreftpasientar, kirurgi, cytostatikabehandling og strålebehandling. Behandlinga vil basere seg på kva type kreft pasienten har og i kva slags organ kreften er. Behandlinga kan føre til alvorleg biverknader, difor bør behandlinga verta tilpassa kvar enkelt pasient. Med andre ord bør målet med behandling vere klårt, om det er heilbredande livsforlengande eller om det er symptomlindring (Lorentsen & Grov, 2016, s. 399).

2.2 Smerter

Smerter er ei samansett oppleving. Det er mange faktorar som kan spele inn og ha innverknad på kjenslene til den som har smerter. Desse faktorane kan ha både positiv eller negativ verknad på smerteopplevinga (Danielsen et al., 2016, s. 383)

Smerte er ein felles menneskeleg erfaring som fylgjer oss frå vi blir født og heilt fram til vi dør (Nortvedt & Nortvedt, 2018, s. 16).

Smerter er ein ubehageleg sensorisk og emosjonell oppleving som fylgje av vevsskade, og det er ei vanleg oppfatning at det er ein nær samanheng mellom graden av vevsskade og alvorlegheitsgrad av smerteopplevinga. Dei fysiologiske mekanismene som ligg til grunn for prosessen som ein kallar smertekjensle, er avgjerande til individets overleving. Prosessen er kjent som alarmsystemet, eit system som distanserer individet frå potensiell vevsskade. Smerte kan og oppstå utan at det er synlege teikn på vevsskade. Den internasjonale smerteorganisasjonen IASP (the International Association for the Study of Pain), definerer smerter som: «en ubehagelig sensorisk og emotionel opplevelse forbundet med aktuell eller mulig vævsskade eller beskrevet, som om en såda forelå» (Jensen et al., 2013, s. 11). I fylgje denne definisjonen har smerter ikkje berre ein rein sensorisk karakter, men også ein kjenslemessig innhald av frykt, ubehag og angst som kan verke inn på det totale sjukdomsbiletet.

Pasientens erfaringar, kultur og sosiale bakgrunn ein person har, kan påverke opplevinga av smerter og korleis vedkommande handterer dei. Det vil seie at opplevinga av smerter kan variere frå ein pasient til ein annan og såleis kan dei uttrykke smerteopplevinga på forskjellige måtar. Nokre personar har høgare smerteterskel enn andre og på denne måten kunne skjule høg grad av smerte. Den individuelle smerteopplevinga hjå pasienten gjer det vanskeleg for behandlar å ha kontroll på og forstå kor sterke smerter ein pasient har (Danielsen et al., 2016, s. 384).

God smertelindring er avhengig av god kartlegging av smerter og andre symptom i sjukdomsbiletet. Fysiske smerter er det den mest som pasientar fryktar av i palliativ fase (Thoresen & Dahl, 2015, s. 948 – 949; Trier, 2019, s. 862).

2.3 Kommunikasjon

Travelbee (2010) definerer kommunikasjon slik:

Kommunikasjon er en proces, som kan sætte sygeplejersken i stand til at etablere et menneske - til- menneske - forhold og derved nå hensigten med sygeplejen, nemlig at

hjælpe individer og familier med at forebygge og håndtere erfaringer med sygdom og lidelse og om nødvendigt hjælpe dem til at finde en mening i disse erfaringer. (s. 123)

Fagpersonar skal kommunisere på ein respektiv måte som gjev meining og som skal ta vare på andre sin integritet, autonomi og interesser. Ein føresetnad for å sikre god kommunikasjon, er å sjå på den andre som eit menneske og ikkje som ein fysisk ting (Røkenes & Hanssen, 2013, s. 11).

Det er eit mål å etablere eit menneske – til menneske – forhold mellom sjukepleiar og pasient. For å oppnå dette målet, må sjukepleiaren og pasienten gå gjennom forskjellige fasar: det første møte, framvekst av identitetar, empati og sympati (Travelbee, 2010, s. 169 – 182).

Relasjonen mellom sjukepleiar og pasient har stor betydning for lindring. For at sjukepleiaren skal oppnå ein god relasjon til pasient og pårørande, så må han/ho ha kunnskap og kommunikasjonsferdigheiter. Sjukepleiaren må ha evna til å aktivt lytte på pasientens meiningar og erfaringar, spegle kjensler og ha evne til stille varierende spørsmål i form av både lukka og åpne spørsmålsformuleringar. Dette kan hjelpe i prosessen med å innhente pasientinformasjon på ein sensitiv måte. I ein palliativ fase er det viktig at både sjukepleiaren, pasienten og eventuelt pårørande har gjensidig tillitt og forståing til kvarandre. Dette vil styrke relasjonen mellom dei involverte og vidare bidra til god smertelindring hjå pasienten (Trier, 2019, s. 854; Danielsen, et al., 2016, s. 388). God omsorg treng gode relasjonar og gode relasjonar krev ferdigheiter i kommunikasjon. Helsepersonell kan oppnå ivaretaking av pasientens åndelege og eksistensielle behov med ein gode relasjonar som er basert på tillit (Hirsch & Røen, 2016, s. 3018).

2.4 Palliasjon

Verdas helseorganisasjon har definert palliasjon slik:

Palliativ behandling, pleie og omsorg er en tilnæringsmåte som har til hensikt å forbedre livskvalitet til pasienten 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)

Palliativ fase er det same som livets slutfase. Dette er ein prosess som startar når det er oppfatta og bekrefta at sjukdommen ikkje er mogeleg å lækje, der pasienten ikkje har moglegheit for å verta frisk og som avsluttar når pasienten dør (Grov, 2020 s. 539).

Målet med palliativ omsorg er å legge til rette for at pasienten og eventuelt hans pårørande opplever best mogleg livskvalitet i pasientens siste fase i livet. Å forebygge og redusere liding og smerte er svært sentralt i palliativ pleie, samstundes som ein syner til verdsetjing av livet og døden som ein normal prosess (Birkeland & Flovik, 2018, s. 189). Hovudfokuset er retta mot lindring av plagsomme symptom for å oppnå best mogeleg livskvalitet både for pasient og pårørande (Fjørtoft, 2016, s. 79).

Medikamentell og ikkje - medikamentelle tiltak er ein del av palliativ pleie. I den fyrste perioden kan pasienten vere mindre påverka av sjukdomssymptom, og kan sjølv styre sine egne medisinar. I avsluttande periode bør pårørande og helsepersonell ta ansvaret for administrering av medisinar (Grov, 2020, s. 550). Sjukepleiaren kan ha oversikt over pasientens symptom ved bruk av kartleggingsverktøyet; Edmonton Symptom Assessment System (ESAS). Desse symptoma kan vere blant anna, smerter, kvalme, døsighet, tung pust og forstopping (Grov, 2020, s. 542). Ikkje-medikamentelle tiltak kan ha stor betydning for pasienten i den siste tida og kan bidra til å auke livskvaliteten. Nokre pasientar vil vere med familie i den siste tida, medan andre vere med venner og utøve sosiale aktivitetar.

Gjennomføre tankereiser, lytte til musikk og gjenoppleve minner frå den fortida har ofte stor betydning for pasienten. Behandlingsfokuset bør difor vera retta mot det som gjev pasienten glede eller pasientens interessefelt. Dette kan mellom anna redusere pasientens kjensle av einsemd og uro i den siste tida (Grov, 2020, s. 549). Nokre sjukehus har mobile palliative team. Desse består av erfarne legar og sjukepleiarar, som støttar, gjev råd og rettleiar pasientar, pårørande og helsepersonell (Norås, 2017, s. 307).

2.5 Heimesjukepleie og kompetanse

Heimesjukepleie omfattar dei helsetenestene som vert utført av sjukepleiarar eller andre anna helsepersonell i pasientens eigen heim. Målet med heimesjukepleie er at pasienten

skal få bu heime så lenge det er forsvarleg og ynskjeleg (Fjørtoft, 2016, s. 17 & Birkeland & Flovik, 2018, s. 15). I pasient- og brukerrettighetsloven (1999, § 1 -3) er helsehjelp definert slik: «handlingar som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende eller pleie- og omsorgsformål, og som er utført av helsepersonell». Kunnskap, respekt, tillit og likeverd er ei føresetnad for god samhandling i helse – og omsorgsteneste. Pasientane skal få tilbod om like tenester uavhengig av bustad, samt at kvaliteten på tenestene skal vera god (Birkeland & Flovik, 2018, s. 14). I yrkesetiske retningslijer for sjukepleiarar står det at sjukepleiaren skal fremje helse og førebygge sjukdom, samt ivareta pasientens behov for heilskapleg omsorg (Norsk Sykepleierforbund, u. å.).

I dag vert pasientar sendt heim tidlegare enn før frå sjukehus. Pasientane er difor sjukare når dei vert utskrivne frå sjukehus. Som fylgje av dette står kommunehelsetenesta ovanfor mange utfordringar når det kjem til pleie og omsorg til pasientar med kreft. God kunnskap og auke kompetanse blant helsepersonell i kommunane er ein føresetnad for at denne pasientgruppa skal få god behandling i heimen (Norås, 2017, s. 303). innanfor heimesjukepleie er sjukepleiaranes kompetanse avgjerande. Dette av den grunn at sjukepleiarane har faste kontakten med pasientane. Dei kan fremje pasientens helse og ivareta vedkommande sine grunnleggande behov, samt bidra til ei verdig livsavslutting (Birkeland & Flovik, 2018, s. 15 – 16). Det er viktig med planlegging og tilrettelegging i palliativ fase i heimen (Birkeland & Flovik, 2018, s. 188).

Dei fleste pårørande er tilstades med pasienten store deler av den siste tida når pasienten ynskjer å døy heime. Dei er ein viktig ressurs i palliativ fase. Derfor er viktig å ivareta både pasienten og dei pårørande (Birkeland & Flovik, 2018, s. 188-189).

3. Metode

Metode vil seie at ein skildrar korleis ein har gått fram for å svare på problemstilling (Thidemann, 2019, s.74). For å belyse problemstillinga har eg valt å gjere ein litteraturstudie. Ein litteraturstudie er ein studie som baserer seg på å hente data frå fleire skriftlege kjelder, teori, forskning og fagkunnskap som allereie er publisert (Dalland, 2020, s. 199). Målet med dette er å få fram oppdatert og god forståing av kunnskapen problemstillinga handlar om og

vise til korleis denne kunnskapen har kome fram (Thidemann, 2019, s.78). Eg har vald fylgjande metode fordi den i søket etter teori og forskning, gir moglegheit for å framskaffe data som kan belyse mi problemstilling.

3.1 søke- og utvalsprosess for forskingsartiklar

For å finne forskingsartiklar som er relevant til mi oppgåve, har eg har brukt fleire databasar som er tilgjengelege på høgskulen sine nettsider. Databasane som eg har brukt er «Cinahl», og «Medline». I tillegg har eg brukt «Idunn.no.» (nordisk sygepleieforskning) og «sykepleien.no». I desse nettsøka har eg brukt norske ord. Vidare har eg brukt ein artikkel som eg har funne på «SveMed+». For å omsetje ord frå norsk til engelsk har eg brukt eg SveMed+. Ord som eg har brukt i søkeprosessen er; palliative care, palliative home care, nurses experience, home care nurses, cancer and palliative home care, cancer patients, pain management, cancer, common symptoms, home care service, primary health care, smertelindring, smertelindring palliativ fase, kreftpasienter. Fyrste søket på nettet resulterte i altfor stort omfang av artiklar. For å få betre oversikt over artiklane og for å finne artiklar av nyare dato, så måtte eg avgrense søkja mine til tidsperiode frå tidsperioden 2013 til 2022. på denne måten fekk eg søket til å resultere i meir relevante artiklar til mi oppgåve. Etter søket las eg fyrst overskriftene i treffelistene, og valde ut relevante artiklar. Deretter las eg abstrakta til desse artiklane. Dei utvalde artiklane har eg lese nøye, og desse blir presentert i kapittel 4.

Framgangsmåte for søk etter forskingsartiklar legg med som vedlegg nr. 1.

3.2 Val av bøker

Eg har brukt litteratur frå pensum og andre bøker som inneheld nyttig og relevant informasjon til oppgåva mi. Eg har brukt «Oria» for søke opp desse bøkene. Eg har prøvd å halde meg til nyaste utgåver, likevel brukt eg i nokre tilfelle eldre utgåve. Eg har mellom anna brukt «Klinisk sykepleie bind 1 og 2», «Geriatrisk sykepleie», «Palliasjon: nordisk lærebok», «Sykepleie i hjemmet», «Kreft sykepleie», «Sykepleie boken 1 og 3» og «Grunnleggende sykepleie bind 3».

3.3 kjeldekritikk

Kjeldekritikk betyr i følge Dalland (2020, s.152), å vurdere og karakterisere den informasjonen ein har funne. Mengda av informasjon som vert publisert på internett er enorm. Når ein søker informasjon frå internett, må ein på grunnlag av dette vere kritisk til den informasjonen ein finn og vera kritisk til kven som har publisert kjeldene (Dalland, 2020, s. 142). Eg har brukt nettsider som kreftforeningen.no, helsedirektoratet.no, kreftregisteret.no og helsebiblioteket.no. Dei er truverdige og kjende norskenettsider . For å sjekke at tidsskrifter er fagfellevurderte har eg brukt «kanalregister» si nettside (HKDIR, u.å.). På denne måten ser eg at artiklane er henta frå seriøse tidsskrifter. Til saman har eg brukt 7 artiklar i denne oppgåva. Den eine artikkelen er basert på deskriptiv tverrsnittstudie, medan dei 6 andre studiane er basert på kvalitativ metode. I tillegg har eg brukt sjekklister for vurdere og kvalitetssikre artiklane. Sjekklistar er henta frå «Helsebiblioteket» (2016). Dei engelsk-språklege artiklane var for meg svært vanskeleg å forstå, eg måtte difor av og til bruke omsetjingsprogram. Dette kan ha medført til at mi omsetjing og tolking frå engelsk til norsk kan ha resultert i noko unøyaktigheit eller feil. Eg har brukt litteratur frå bøker i pensum som er kvalitetsvurderte av lærarane. Eg har lånt fagbøker frå høgskulen sitt biblioteket. Desse er utgitt av anerkjende forlag og eg tenkjer difor at dei også er av god kvalitet og relevante for oppgåva.

Denne oppgåva baserer seg på aktuell litteratur og egne erfaringar gjennom frå praksisperiodane eg har hatt i løpet av studiet. Bruk av egne erfaringar er tatt opp med rettleiaren i forkant og alle erfaringsbeskrivingane er anonymiserte.

4 presentasjon av artiklar

4.1 Artikkel 1

What are essential elements of high-quality palliative care at home? An interview study among patients and relatives faced with advanced cancer.

Forfattar: Oosterveld-Vlug, M. G., Custers, B., Hofstede, J., Donker, G. A., Rijken, P. M., Korevaar, J. C. & Francke, A. L. (2019).

Hensikt: Målet er å klargjere kva som er dei viktige elementa i heimesjukepleie og kva som er optimale pleie i praksis i pleie av pasientar med kreft i palliativ fase.

Metode: Dette er ein kvalitativ semistrukturert metode. 13 pasientar med avansert kreft og 14 pårørande som vart intervjuja.

Resultat: Både pasientar og pårørande hadde ynskje om at helsepersonell skulle vere medisinsk dyktige, tilgjengelege og ha fokus på pasienten. Helsepersonellet sine haldningar betydde mykje for god pleie.

Relevans: Eg ser på denne artikkelen som relevant fordi den får mellom anna fram korleis kompetansen til sjukepleiarar og andre elementa påverkar smertebehandlinga.

4.2 Artikkel 2

Sykepleieres erfaringer med smertelindring til hjemmeboende kreftpasienter

Forfattar: Molnes, S. I. (2014).

Hensikt: Målet med forskinga er å utforske smertelindring hos kreftpasientar som bur heime. Korleis sjukepleiarar opplever kompetansen innanfor smertelindringa, og kva dei meiner kan betre smertelindringa.

Metode: Artikkelen er basert på kvalitativ metode som beskriv ei undersøking for korleis sjukepleiarar skal kunne formidle egne erfaringar frå praksisfeltet. I denne samanhengen vart det brukt halvstrukturerte, individuelle intervju. 10 sjukepleiarar vart med i denne forskinga.

Resultat: sjukepleiarar var stort sett nøgde med det arbeidet dei utførte i heimesjukepleien, men det dei såg ei moglegheit for betring. Resultata viste eit behov for kompetanseauking, noko som igjen kan bidra til god smertelindring. Tidspress, travle arbeidsdagar og knappe ressursar er blant hindringane i heimesjukepleie. Bruk av opioider er ei utfordring på grunnlag av kunnskapsmangel. Meir undervisning i smertelindring, grunnleggande sjukepleieutdanning, gruppemøte og hospitering kunne bidra til aukande kunnskap for smertelindring. Gode relasjonar mellom helsepersonell, pasient og eventuelt pårørande er

viktig for god smertelindring, noko som kan verta oppnådd ved at helsepersonell held seg fagleg oppdatert, får erfaring og kompetanse.

Relevans: Artikkelen er relevant fordi den gir svar på oppgåva mi om kva som kan bidra til at pasientar med kreft kan bu heime og korleis kan dei oppnå god smertelindring.

4.3 Artikkel 3

What do patients with advanced incurable cancer want from the management of their pain? A qualitative study?

Forfattar: Gibbins, J., Bahatia, R., Forbes, K. & Reid, C. M. (2014).

Hensikt: Målet er å finne ut kva pasientar i palliativ fase ynskjer av smertelindring og korleis dei vert påverka av smerter.

Metode: Den er ein kvalitativ studie. 12 personar med kreft i palliativ fase deltok i studiet.

Resultat: Deltakarane ynskja som mål av smertelindringa å klare å utføre daglege gjeremål og å vere saman med familie og vener. Pasientane ga uttrykk for ei oppleving at helsepersonellet ikkje fokuserer på kartlegging av smerter.

Relevans: Artikkelen er relevant fordi han vil få fram pasientens ønske og meiningar om smertebehandling. Noko som igjen er viktig når det gjeld autonomiprinsippet og brukarmedverknad.

4.4 Artikkel 4

Home-care nurses experience with medication kit in palliative care

Forfattar: Staats, K., Trandvåg, O. & Grov, E. K. (2018).

Hensikt: Målet med artikkelen, er å utforske kunnskap om sjukepleiarar sine opplevingar av bruk av verktøy (medisinskrin) for smertelindring hjå pasientar i palliativ fase som bur heime.

Metode: Studien er ein kvalitativ metode som er basert på individuelle intervjuar av sjukepleiarar som har minst 12 år erfaring.

Resultat: Det kom fram at god planlegging, møte med fastlege, tydelege instruksar fører til betre bruk av kartleggingsverktøy, men likevel byr på utfordringar når det gjeld smertelindring i palliativ fase. Det syner til kompetansemangel blant sjukepleiarar for administrering og evaluering av medikament. Usikkerheit viser seg som eit problem ved bruk av opioider og tekniske utstyr.

Relevans: Artikkelen er relevant fordi den svarer på problemstillinga ved å etterlyse bruk medisinskrin som eit verktøy for smertelindring. Den etterlyser vidare haldningar og kunnskap i forhold til smerter og bruk av medikament og teknisk utstyr. Det kom også fram at erfaring kan påverke sjølve utøvinga av sjukepleie og smertelindringa.

4.5 Artikkel 5

Experience and challenges of home care nurses and general practitioners in homebased palliative care – a qualitative study

Fotfattar: Danielsen, B. V., Sand, A. m., Rosland, J. H. & Førland, O. (2018).

Hensikt: Målet er å sjå korleis pasientar i palliativ fase kan få bu heime lengst mogleg og kva som kan hindre eller fremje dette.

Metode: Studien er basert på kvalitativ metode. 19 helsepersonell deltok i studiet, både legar og sjukepleiarar som hadde lang erfaring frå heimesjukepleie.

Resultat: Godt samarbeid mellom helsepersonell, pasient og pårørnde viser seg å vere viktig i palliativ fase, dette kan bidra til god smertelindring. At sjukepleiarar har god erfaring og kompetanse er viktig for god omsorg i palliativ fase.

Relevans: Eg anser artikkelen relevant for at den belyser oppfatninga til helsepersonell av palliativ omsorg, samt set søkelyset på element som kan bidra til tryggleik og god smertelindring.

4.6 Artikkel 6

Sykepleierens erfaringer med å bruke ESAS til å kartlegge symptomer hos kreftpasienter

Forfattar: Ihler, E. M. & Sæteren B. (2019).

Hensikt: Målet er å få fram sjukepleiarar erfaringar med bruk av kartleggingsverktøyet ESAS for å syne til symptom hjå pasientar med kreft som er innlagt på sjukehus.

Metode: Studiet er basert på kvalitativ studie, der 6 sjukepleiarar som jobba på sjukehus vart intervjuet. Det vart nytta ein semistrukturert intervjuguide.

Resultat: Sjukepleiarane tykte ESAS-verktøyet gjev eit godt bilete av pasientens opplevingar av smerter. Noko som vidare viser å bidra til god smertelindring. På grunn av tidspress og rutinar var bruk av ESAS-skjema noko varierende og som difor hadde forbedringspotensiale.

Relevans: Studien er relevant fordi den tek for seg viktighet i bruk av kartleggingsverktøy. Samt set lys på årsaker som hindrar bruken av dette. Noko som igjen er relevant til sjukepleiarane sine haldingar angående bruk av kartleggingsverktøy.

4.7 Artikkel 7

Sykepleieres og studenters kunnskap og holdninger til smerter og smertelindring hos voksne

Forfattar: Granheim, T. H., Raaum, K., Christophersen, K. A. & Dihle, A. (2015).

Hensikt: Målet er å auke kunnskap blant sjukepleiarar og sjukepleiestudentar om haldningar til smerter og smertelindring hos voksne.

Metode: publiseringa er basert på eit tverrsnittstudie, der det vart brukt kartleggingsverktøy for å samle inn data. Kartleggingsverktøyet består av 39 spørsmål angående smertehandtering og smertelindring. Studien inkluderte 200 deltakarar.

Resultat: Sjukepleiarar har kunnskap om smertelindring på nokre område. Dei er på trass av dette engstelege med henhald til respirasjonsdepresjon og opioidavhengigheit. Det kje til synet ein avstand mellom teoretisk kunnskap og praktisk handling. Betre kompetanse om smertelindring kan bidra til god smertelindring.

Relevans: Artikkelen er relevant fordi det set lys på at sjukepleiarar sine haldningar og kunnskap kan påverke smertelindringa hos pasientar.

5. Samanfating av resultat frå forskingsartiklane

5.1 Kartleggingsverktøy/kartlegging av smerter:

Funn i tre av artiklane viser at ikkje alle sjukepleiarar i heimesjukepleie bruker kartleggingsverktøy som ESAS når det gjeld vurdering av smerter hos pasienten. Årsakene til dette kan vere blant anna for lite kunnskap og mangel på opplæring blant helsepersonell (Ihler & Sæteren, 2019; Staats et al., 2018; Molnes, 2014).

I studien til Molens (2014) kom det fram at sjukepleiarar fylgjer dei rutinane som allereie er etablerte der dei jobbar, noko som igjen gjev lite rom for endringar når det gjeld bruk av kartlegging av smerter og smertelindringsform. Det kom også fram at nokre sjukepleiarar ga uttrykk for at dei spør pasienten om korleis dei har det, og at dette var nok til å vurdere smertene hjå vekommande. Berre 3 av 10 sjukepleiarar i undersøkinga til Molnes (2014) hadde brukt ESAS som kartleggingsverktøy. Årsaka til dette var blant anna travle arbeidsdag og manglande opplæring. Sjukepleiarar i studiet uttrykte også at faglege diskusjonar og kurs kan auke kompetansen, og at dette er noko dei manglar.

I studien til Ihler & Sæteren (2019) kom det fram at sjukepleiarar ser på ESAS som er eit nytting og nødvendig kartleggingsskjema for å danne eit godt bilete av pasientens symptomopplevingar. På grunn av tidspress og rutinar på arbeidsplassen kunne dei då ikkje alltid bruke dette skjemaet.

I studien Staats et al. (2018) kom det fram at kartleggingsverktøy ikkje vert prioritert på grunn av lite tid. Lite tid gjev ikkje helsepersonell høve til å observere og vurderer effekten av dei smertelindringane som pasienten får.

5.2 Medikamentell smertelindring

Utfordringane som helsepersonellet møter når det gjeld administrering av opioider i heimesjukepleien, er skildra i fleire artiklar (Gibbins et al., 2014; Molnes, 2014; Staats et al., 2018; Danielsen et al., 2018).

I studien til Gibbins et al. (2014) kom det fram at der berre var 4 av 12 pasientar som var godt smertelindra. Pasientane sjølv uttrykte kva dei vil oppnå med behandling av smertene,

slik at dei kan vera sjølvstendige nok til å klare dei daglege aktivitetane og å vere saman med familien og vener. Det kom også fram i fylgje deltakarane i studiet, at kartlegging av smerter ikkje er mindre prioritert blant helsepersonell.

I fylgje studiar (Danielsen et al., 2018; Staats et al., 2018) er det ein samanheng mellom erfaring og kunnskap. Det kom fram at det er for liten kunnskap om administrering av opioider og teknisk utstyr blant dei som har kort arbeidserfaring. Derimot dei som med lang arbeidserfaring var meir sikre på å handtere opioider og teknisk utstyr. Dei med lang erfaring var meir bevist på å observere effekten av medikament. I annan studie (Molnes, 2014) syner til at det å administrere til dømes morfin med smertepumpe, krev høg kompetanse og at ein bør vente med lengst mogleg med anvende dette.

I studien til Granheim et al. (2015) kom det fram at sjukepleiarar har noko kunnskap om smertelindring. Men der dei likevel viser seg å vere engsteleg, usikre og manglar kunnskap når det gjeld opioide medikament. Dei har behov for å auke sin kompetanse om smertelindring. I studien til Oosterveld-Vlug et al. (2019) kom det fram at både pasientar og pårørande var nøgde med tenesta dei mottek frå helsepersonell og at sjukepleiarane synte god kompetanse.

I to studiar kom det fram at sjukepleiarar ynskjer å auke vektlegging på smertebehandling blant anna i grunnutdanninga, gjennom kurs, meir rådgjeving, hospitering og ved diskusjonar mellom helsepersonell. Noko som generelt kan auke kunnskap blant helsepersonell (Danielsen et al., 2018); Molnes, 2014).

5.3 relasjon mellom sjukepleiar og pasient

Relasjonen mellom sjukepleiar, pasient og eventuelt pårørande vil ha svært stor betydning for smertelindring og pleie i palliativ fase. God kommunikasjon, tillit og tryggleik, samarbeid, å vise empati og støtte vil vere avgjerande for smertelindringa (Danielsen et al., 2018; Oosterveld-Vlug et al., 2019). Å vere ærleg og snakke om død kan bidra til å skape ein trygg atmosfære og vere smertelindrane. (Vlug et al., 2019). Det er viktig at pårørande er med i den palliative fasen, sidan dei som skjenner pasienten best. Dei kan bidra til å støtte pasienten, noko som vil verke smertelindrane. Difor er det viktig at pårørande vert tatt på alvor (Danielsen et al., 2018; Vlug et al., 2019). Nokre av pårørande opplev det motsatte, og

der dei vert ekskluderte og ikkje vert høyrd på når dei kjem med innspel (Oosterveld-Vlug et al., 2019). Nokre pårørande opplev at dei ikkje får nok informasjon.

6. Drøfting

I denne delen vil eg drøfte problemstillinga mi, korleis kan sjukepleiar bidra med smertelindring til heimebuande pasientar med kreft i palliativ fase? Ved hjelp av teori og forskning som er presentert ovanfor vil eg belyse problemstillinga. Eg har teke for meg fylgjande område til å diskutere, og såleis å svare på problemstillinga:

- Kartlegging av smerter
- Medikamentell smertelindring
- Sjukepleiarens kunnskap og kompetanse

6.1 Kartlegging av smerter

Mi erfaring frå praksisperiodar, er at pasientar er forskjellige og at dei opplev smerter forskjellig. På denne måten kan dei gje forskjellige uttrykk for sine smerter. Dette vert bekrefta av Danielsen et al. (2016, s. 383). Eg har opplevd at ikkje alle pasientar er i stand til å gje uttrykk eller formidle smertene sine munnleg til helsepersonell. Som fylgje av dette vil det verta vanskeleg for personalet å oppdage smerter når pasienten ikkje gjev tydeleg uttrykk for dei. Då viser det seg at med bruk av smerteskalar vil det veta lettare å fange opp at pasienten har meir smerter enn det han eller ho gjev uttrykk for (Danielsen et al., 2016, s. 389; Lorentsen og Grov, 2016, s. 426). I praksisperiodar har eg sett at det har vore mangelfull på bruk av kartleggingsverktøy eller det har blitt lite brukt, og eg som student fekk ikkje opplæring i dette i mine praksisperiodar. I Studien til Molens (2014), studiet til Ihler Sæteren (2019) og studien til Staats et al. (2018) kjem det fram at det ikkje vert brukt kartleggingsverktøy for smertevurdering på grunn av blant anna for lite tid og mangelfull kompetanse blant helsepersonell. Ved hjelp av kartleggingsverktøy som til dømes ESAS-skjema (Edmonton Symptom Assessment System) (vedlegg nr. 2) kan helsepersonell kartlegge mange symptom samstundes i det palliative perioden. ESAS-skjemaet inneheld fleire spørsmål som pasienten skal svare på og dekker til saman 8 symptom, der smerter er

eit av dei symptoma. Dette skjemaet er eit nyttig skjema for pasientar med kreft og som er lett og raskt å bruke (Lorentsen & Grov, 2016, s. 410). I studien til Molnes (2014) ga sjukepleiarane uttrykk for at dei sjeldan hadde brukt ESAS-skjema som kartleggingsverktøy for å vurdere smertene til pasientar. Dette på grunn av årsaker som manglande opplæring og at det vert tidskrevjande belastning å fylle ut slike skjema. Lorentsen og grov (2016, s. 410) og Ihler og Sæteren (2019) henviser derimot til at det er enkelt og ikkje tek lang tid å bruke eit EASA-skjema. Vidar at bruken av denne kartleggingsverktøy kan bidra til betre smertelindring. Det kan såleis vise seg nyttig at sjukepleiarar tek i bruk dette verktøyet fordi det kan bidra til god smertelindring og såleis til best mogleg livskvalitet i palliativ fase.

Oppleving av smerter er samansett, og sidan at opplevinga av smerter er noko som berre pasientane sjølv opplev, så er det difor vanskeleg for andre å forstå og ha kontroll på dette (Danielsen et al., 2016, s. 383). I studien til Gibbins et al. (2014) kom det fram at pasientane vart redde dersom smertene auka, dette fordi dei trudde at dette var eit teikn på at sjukdommen forverra seg. Når ein skal kartlegge smerter hjå ein pasient, så er det berre pasientens egne opplevingar ein skal ta omsyn til i utgangspunktet. Det er sjukepleiaren sitt ansvar å kartlegge pasientens fysiske, psykiske, sosiale og eksistensielle smerter. Ved grundig observasjon og samtale med pasienten får sjukepleiaren moglegheit til å danne eit godt bilete av pasientens smerter og dermed kan evaluere effekten av behandlinga (Lorentsen & Grov, 2016, s. 409). I studien til Ihler og Sæteren (2019) kan ein finne støtte til desse teoriane, der dei påpeikar at bruken av ESAS er i varierende grad, men trass alt er det beste måte og verktøyet for å få eit godt innblikk i pasientens subjektive opplevingar av smerter. Det kom også fram at verktøyet vil vere eit godt hjelpemiddel når sjukepleiaren skal legge til rette for samtalar med pasienten, der pasienten sjølv får moglegheit til å kartlegge sine smerter utan at sjukepleiaren anslår noko. I studien til Granheim et al. (2015) vart det påpeikt at sjukepleiarane hadde tatt feil i vurderinga av subjektive opplevingar av pasientens smerter og at mange av sjukepleiarane hadde trudd at pasientane hadde mindre smerter enn det dei hadde gitt uttrykk for. I følge Lorentsen og Grov (2016, s. 409) og Danielsen et al. (2016, s. 382) er kartlegginga av totale smerte er sjukepleiaren sitt ansvar. I tillegg skal sjukepleiaren observere eventuelle forandringar i smertene og vurderer dei undervegs. På trass av dette kom det fram i studien til Granheim et al. (2015) at sjukepleiaren sine haldningar kan vere til hinder for tilstrekkeleg smertelindring dersom ein ikkje tek god nok

omsyn til pasienten. Frå praksis har eg opplevd at det ikkje var mogleg å vite effekten av smertelindrande medisinar når sjukepleiaren i førre vakt ikkje hadde brukt skjema og såleis ikkje dokumentert godt nok. I Molnes (2014) sine publiseringar kom det fram at nokre sjukepleiarar minte at det var nok å berre spørje pasienten om korleis han har det, og at dette var alt dei tok utgangspunktet i for å vurdere pasientens smerter. På den andre sida seier sjukepleiarar i studien til Ihler og Sæteren (2019) at det ikkje er nok å spørje pasienten og såleis utelate kartleggingsverktøy. Dei meinte at når ein spør pasienten om korleis han har det, så kan hende at ein ikkje oppdagar andre relevante symptom.

Ved systematisk og kontinuerleg bruk av kartleggingsskjema kan ein ha oversikt over tiltak som er sett i verk og dermed evaluere effekten av dei vidare (Ihler & Sæteren, 2019). I Molens (2014) kom det fram at det var berre 3 av 10 sjukepleiarar som hadde brukt ESAS skjema fordi dei ikkje hadde fått opplæring i korleis dei skulle bruke det. Bruk av skjemaet treng kompetanse og i tillegg skal sjukepleiaren vere motivert for å bruke det (Molnes, 2014). I yrkesetiske retningslinjer står det at sjukepleiarar skal halde seg oppdatert og skal bidra til bruk av ny kunnskap i kvardagen (Norsk sykepleierforbund, u. å.). I Danielsen et al. (2016, s. 383) står det at sjukepleiarar ikkje er flinke til å forstå betydinga av og ta i bruk kartleggingsverktøy som eit hjelpemiddel for å kartlegge pasientens smerter. I studien til Ihler og Sæteren (2019) kom det fram at sjukepleiarar på nokre arbeidsplassar ikkje legg vekt på å bruke ESAS skjema som eit kartleggingsverktøy. Dette kan oppfattast som at sjukepleiarar ikkje bryr seg om å nytte seg av skjemaet fordi dei manglar kompetanse, erfaring eller empati. Eit anna grunnlag for dette kan vere at sjukepleiarar ser på dette skjemaet som unødvendig eller at det ikkje trengs fordi det ikkje er fokus på det frå leiarane på arbeidsplassen. Det er grunnlag for å tru at eg, på grunn av manglande merksemd på kartleggingsverktøy som ESAS skjemaet, ikkje fekk praktisert dette i min praksis. Vidare kom det fram i Molnes si forskning (2014) at sjukepleiar i nokre tilfelle fylgjer rutinar på arbeidsplassen under forståing av at: «sånn gjør vi det her». Det er ikkje lett å byrja på ny arbeidsplass og presentere nye idear og endringar i dei rutineane som allereie er eksisterer. Dette minner meg på ei hending då eg var i praksis, der ein sjukepleiar fortalde at ho hadde fremja eit forslag på arbeidsplassen om å bruke eit kartleggingsverktøy for å vurdere smerter og effekten av medisinar, men der ho ikkje fekk gjennomslag for dette. I studien til Molnes (2014) og Staats et al. (2018) kom det fram at evaluering av symptom er avhengig av

vedkommande som gjer det, og at evalueringa på denne måten vil vere forskjellig frå ein sjukepleiar til ein annan. Dette framhever korleis sjukepleiarar sine haldingar kan ha betydning for bruk av kartleggingsverktøy og smertelindringa.

Dersom bruken av ESAS-skjema ver tillagt som valfritt for enkelt sjukepleiar, så er det usikker om alle bruker det på si vakt. På denne måten vil det veta tung å oppretthalde denne rutinen på ein arbeidsplass. Staats et al. (2018) påpeikar at dersom det hadde vore lagt til grunn forventningar til bruk av skjemaet, så hadde det vore lettare for kvar og ein å bruke. Staats et al. (2018) påpeikar vidare at sjukepleiarane var dyktige til seie ifrå dersom det var manglande rutinar eller om ting kunne verta betre i arbeidsplassen, noko som igjen kunne resultere til betre pleie i palliativ fase. Dette kan tyde på at dersom ein bryr seg og seier ifrå dersom noko er feil eller kan gjerast på ein betre måte, så kan det gje motivasjon og utfordre andre til å utøve ein god jobb. På denne måten kan ein komme med nye idear og tankar som kan bidra til å utvikle eller endre rutinane. Ut ifrå funna frå studiar kan ein seie at haldningar og kunnskapen til sjukepleiarar kan ha påverknad i bruk av kartleggingsverktøy av smerter (Molnes, 2014; Ihler & Sæteren, 2019; Staats et al., 2018; Granheim et al., 2015).

Samstundes kom det også fram at nokre sjukepleiarar stolar på sine eigne kliniske erfaringar og ferdigheiter. Dette tyder på at sjukepleiarens erfaring har stor betydning, og kan såleis påverke evalueringa. Det kom også fram at haldningane til sjukepleiaren kan ha god innverknad smertelindring.

6.2 Medikamentell smertelindring

Smerter er det pasienten visar seg å vere mest redd for, av den grunn at det kan påverke livskvaliteten til pasienten. Omtrent 70% av pasientar med langtkomen kreftsjukdom er plaga av smerter (Kongsgaard, 2017, s. 181; Tier, 2019, s. 862). Danielsen et al. (2016, s. 426) støttar dette ved påpeike at smerter er det mest plagsame symptomet i palliativ fase og som kan skjule andre symptom, noko som gjer at pasientane er meir redde for smerter enn sjølve døden. Det kan vise seg å vere nyttig å ha eit mål som er praktisk mogeleg og realistisk fordi det er slett ikkje lett å oppnå optimal smertelindring (Kaasa, 2016, s. 404). I studien til Gibbins et al. (2014) uttrykte pasientar at dei ikkje hadde rekna med at dei skulle vere smertefrie, men dei hadde håpa på å ha minst mogeleg smerter, slik at dei kunne vere mest mogeleg med i daglege aktivitetar. Smertelindring er utfordrande og krev stor innsats for å

oppnå målet om lågast mogeleg nivå av smerter og andre plagsame symptom (Kaasa, 2016, s. 404).

Dersom pasienten ikkje lenger er i stand til å ta medikamentet peroralt, så vert det ofte gitt subkutant gjennom huda ved bruk av til dømes ei infusjonspumpe. Infusjonspumpa sørger for at pasienten får medikament kontinuerleg, men det må fyllast på sprøyta eller at sprøyta må skiftast dagleg (Klepstad & Kaasa, 2011, s. 435; Lorentsen & Grov, 2016, s. 414). Difor må sjukepleiarar som jobbar i heimesjukepleie vere nøye med å fylla på eller bytte sprøyta til riktig tid for at pasienten skal vere best mogeleg godt smertelindra, noko som igjen kan vere utfordrande i den travle arbeidstida. I studien til molnes (2014) kom det fram at sjukepleiarar sa at bruk av tekniske utstyr som smertepumpe krev både tid og ressursar. Det tek lang tid å klargjere og administrere ei smertepumpe, og i tillegg må det vere to sjukepleiarar tilstades når dei lagar og administrerer den fordi den må dobbelkontrollerast. I studien til Staats et al. (2018) sa sjukepleiarane at det var eit stort problem når dei skulle dobbelkontrollere smertepumpa og særleg om nattarbeid. For å observere både effekt og biverknaden av eit medikament, så bør ein vere ho pasienten og særleg i starten av behandlinga eller ved endring i dosen. Ved rask doseauking kan pasienten få biverknader som blant anna kvalme, døsighet, redusert kognitiv funksjon og svikt i respirasjonen (Kaasa, 2016, s. 404). Då eg var i praksis i heimesjukepleie såg eg at mangel på sjukepleiarar i tillegg til tidspress var eit problem som var til hinder til å utføre nokre oppgåver som kravde spesiell kompetanse. Dette førte til at pasienten fekk ikkje den oppfølginga som han skulle hatt.

I fleire av mine valde studiar kom det fram at sjølve smertelindringa kan vere påverka av kva type kunnskap og haldningar helsepersonell har angående opioider og andre utstyr (Granheim et al., 2015; Danielsen et al., 2018; Staats et al., 2018; Molnes, 2014). Opioider som til dømes morfin har vist effekt på dei fleste type smerter og dermed vil bidra med å lindre smerter (Lorentsen & Grov, 2016, s. 412). Trass i dette viser fleire studiar at sjukepleiarar er redde for å bruke store dosar av morfin og difor vil dei vente med å bruke det. Dette med redsel for biverknader som avhengigheit og respirasjonsdepresjon (Granheim et al., 2015; Ihler & Sæteren et al., 2019). For at pasienten skal få bu heime dei siste dagane i sitt liv, så ytrar både pasientar og pårørande at der er viktig at han/ho er godt symptomlindra (Staats et al., 2018). Pårørande vil ha det beste for sin kjære. I studien til Molnes (2014) kom det fram at sjukepleiarar var usikre i valet om å gje smertelindring eller

ikkje. Dette valet kunne vera påverka av sjukepleiarens sine haldningar og erfaringar. I Ihler og Sæteren (2019) si forskning kom det fram at nokre sjukepleiar ville gje enda meir morfin for å oppnå god smertelindring trass i at pasienten vart sløv. Derimot kunne andre sjukepleiarar vera redde for gje for mykje på grunn av avhengigheit og pustevanskar. I praksis har eg sett at nokre sjukepleiarar har vore usikre på kor mykje morfin dei skal gje til ein pasienten med kreft som var i palliativ fase ettersom døgndosen var uavgrensa. Dei var redde for at pasienten kunne døy som fylgje av biverknader av morfin. Målet med smertelindring er lindring, samstundes at det å framskande døden er ein uønska biverknad (Mathisen & Steindal, 2021, s. 123). Ein kan oppfatte det som at sjukepleiaren sine personlege haldningar, kunnskap og erfaringar kan ha betydeleg påverknad på smertelindringa, og såleis pasientens livskvalitet. Danielsen et al. (2016, s. 382) støttar denne teorien og seier at sjølv om sjukepleiarar har kunnskap, vert ikkje alle pasientar godt smertelindra i alle tilfelle.

Medikamentskrin som inneheld Morfin, Midazolam, Haloperidol og Glucopyrron er anbefalt i livets slutfase og skal vere tilgjengeleg (Helsedirektoratet, 2019, s.43). I følge Staats, et al. (2018) skal ordinasjonar vere klare slik at ein kan bruke desse medisinarne ved behov. For heimesjukepleien er det avgjerande at desse legemiddela er tilgjengelege for bruk både på nattevakt og i helg. I følge Danielsen et al. (2018) er dette skrinet svært viktig for å oppnå god smertelindring i heimen. Derimot påpeikar Staats et al. (2018) at legemiddela ikkje vert brukt mykje på grunn av usikkerheit og manglande erfaring blant sjukepleiarar og særleg dei nyutdanna. I følge yrkesetiske retningslinjer skal sjukepleiaren halde seg fagleg oppdatert og dermed bidra til bruk av ny kunnskap i praksis (Norsk Sykepleierforbund, u.å.).

6.3 Sjukepleiarens kunnskap og kompetanse

Sjølv om sjukepleiarar har kunnskap når det gjeld smerter og smertelindring, vert pasientane ikkje alltid nok smertelindra (Danielsen et al., 2016, s. 382). I studien til Granheim et al. (2015) kom det fram at sjukepleiarar hadde ei avstand mellom praktisk handling og teoretisk kunnskap, og såleis viste eit behov å auke kompetanse angående behandling av smerter. Dette støttar også studien til Molens (2014), der sjukepleiarar uttrykte at dei trengde ny og meir fagleg kunnskap og framheva viktigheita av å dele kunnskapen med kvarandre. Ved kunnskapsutveksling aukar kompetansenivå blant sjukepleiarar. Sjukepleiarar påpeikte i

Molnes (2014) si forskning at dette var vanskeleg på grunn av blant anna hektiske arbeidsdagar og manglande eller lite kurs. I Lorentsen og grov (2016, s. 412) står det at utilstrekkeleg kunnskap og lite fokus på undervisning av pasientens smerter, kan resultere i at pasienten ikkje vert nok godt smertelindra. I studien til Staats et al. (2018) kom det fram at sjukepleiarar hadde eit stort ynskje om å få undervisning via kurs og ha meir tid til drøfting på arbeidsplassen. Dei ga uttrykk at dette kan bidra til å auke kompetansenivået blant anna smertelindring. Lorentsen og grov (2016, s. 398) framhevar at dersom sjukepleiaren har god kunnskap, så kan dette bidra til å styrke håpet hjå pasienten.

Sjukepleiarar som jobbar i heimesjukepleie jobbar aleine og må såleis vere meir sjølvstendige. Difor er det viktig med god kunnskap og kompetanse i kreftomsorga (Norås, 2017, s. 305). Gjennom praksis har eg sett at vurdering av smerter varierer frå ein sjukepleiar til annan. Vurderingane varierte ut ifrå kva type kunnskap og erfaring sjukepleiaren hadde. Liknande observasjon vart trekt fram i studien til Molnes (2014). Gjennom praksis har eg også opplevd at sjukepleiaren sin sjølvtilitt og sjølvstendigheit har mykje å seie med henhold til å skap tryggleik og sikkerheit hjå pasientar og pårørande. Det kan bidra til blant anna at pasientar og pårørande føler at dei er i trygt ivaretatt. Likevel er det viktig at sjukepleiaren handlar ut ifrå sin kompetansenivå og oppsøker hjelp og rettleiing ved behov (Norsk sykepleierforbund, u. å.; Helsepersonellven, 1999, §4).

7. Konklusjon

Sjukepleiaren har ei vesentleg rolle når det gjeld palliativ pleie. Sjukepleiarens kompetanse og erfaring i bruk av kartleggingsverktøy som ESAS-skjema kan ha både positiv og/eller negativ innverknad på pasientens smertelindring og andre plagsame symptom i den palliative fasen. Pasientens smerter vert ofte undervurdert, der sjukepleiaren stoler på sine egne evner og ikkje bruker kartleggingsverktøy. Fordi pasientens smerter er subjektive og det er pasienten som opplev dei, kan systematisk og regelmessig bruk av slike verktøy hjelpe sjukepleiaren til å gje best mogeleg smertebehandling. Sjukepleiaren sine haldningar og kompetanse vil også påverke bruk av visse medikament som til dømes morfin og tekniske utstyr blant anna smertepumper.

I heimesjukepleien jobbar sjukepleiaren sjølvstendig, noko som igjen vil krevje at sjukepleiaren har god kunnskap og fagleg kompetanse. Dersom sjukepleiaren har nok kompetanse og erfaring, vil dette påverke utøvinga av sjukepleie. Dette vil også verta påverka av sjukepleiarens kunnskap og haldningar. Alt dette vil ha betyding for behandling av smerter og andre symptom. Å dele kunnskap og erfaring mellom kollegaer og reflektere over hendingar kollektivt på arbeidsplassen er noko som kan bidra til å løfte kompetansenivå. Dette samt å samarbeide med palliativteam.

Sjukepleiaren sine kommunikative evner og gode relasjon til pasienten og eventuelt pårørande kan føre til å skape ein trygg atmosfære, og dermed kan ha positiv effekt på smertelindringa. I heimesjukepleien kan tidspress og travle arbeidsdagar vere til hinder til for å utøve den best mogelege kvalitet i sjukepleien, særleg i palliativ fase. Vidare kan det å auke kunnskap og kompetanse blant sjukepleiarar innan palliativ pleie, gjere det mogeleg for at fleire pasientar oppfyller sitt ynskje om å døy heimen.

Litteraturliste

- Birkeland, A. & Flovik, A. M. (2018). *Sykepleie i hjemmet* (3. utg.). Cappelen Damm.
- Dalland, O. (2020). *Metode og oppgaveskriving* (7. utg.). Gyldendal.
- Danielsen, A., Berntzen, H. & Almås, H. (2016). Sykepleie ved smerter. I D. G. Stubberud, R. Grønseth & H. Almås (red.) *Klinisk sykepleie 1* (5. utg., s. 381-428). Gyldendal.
- Danielsen, B. V., Sand, A. M., Rosland, J. H. & Førland, O. (2018). Experience and challenges of home care nurses and general practitioners in homebased palliative care – a qualitative study. *BMC Palliative Care*, 17(1).
<https://doi.org/10.1186/s12904-018-0350-0>
- Fjørtoft, A. K. (2016). *Hjemmesykepleie: ansvar, utfordringer og muligheter* (3. utg.). Fagbokforlaget.
- Gibbins, J., Bahatia, R., Forbes, K. & Reid, C. M. (2014). What do patients with advanced incurable cancer want from the management of their pain? A qualitative study. *Palliative Medicine*, 28(1), 71-78. <https://doi.org/10.1177/0269216313486310>
- Granheim, T. H., Raam, K., Christophersen, K. A. & Dihle, A. (2015). Sykepleieres og studenters kunnskap og holdninger til smerter og smertelindring hos voksne. *Sykepleien Forskning*, 10(4), 326-334.
<https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2015.55983>
- Grov, E. K. (2020). Pleie og omsorg ved livets slutt. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (red.) *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* ((3. utg., s. 538- 557). Gyldendal.
- Helsebiblioteket. (2016, 3. juni). *Sjekklistor*. Helsebiblioteket.no.
<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistor>
- Helsedirektoratet. (2019). *Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen*. (IS-2800). <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/palliasjon-i-kreftomsorgen-handlingsprogram>

- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell* (LOV-1999-07-02-64). Lovdata.
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonelloven>
- Hirsch, A. & Røen, I. (2016). Ivaretakelse av åndelige og eksistensielle behov. I S. Kaasa & J. H. Loge (red.). *Palliasjon: Nordisk lærebok* (3. utg., s. 315-325). Gyldendal.
- Direktoratet for høyere utdanning og kompetanse. (u.å.). *Register over vitenskapelige publikasjoner*. Henta 23. mars 2022 frå
<https://kanalregister.hkdir.no/publiseringskanaler/Forside>
- Ihler, E. M. & Sæteren B. (2019). Sykepleierens erfaringer med å bruke ESAS til å kartlegge symptomer hos kreftpasienter. *Sykepleien Forskning*, 14, Artikkel e-79585.
<https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2019.79585>
- Jensen, T. S., Nielsen, L. A. & Dahl, J. B. (2013). Smerter – en introduksjon. I T. S. Jensen, J. B. Dahl & L. A. Nielsen (red.) *Smerter: baggrund, evidens, behandling* (3. utg., s. 11-14). Fagl.
- Kaasa, S. (2016). Smertebehandling – generelle prinsipper. I S. Kaasa & J. H. Loge (red.). *Palliasjon: Nordisk lærebok* (3. utg., s.402–410). Gyldendal.
- Klepstad, P. & Kaasa, S. (2016). Opioider. I S. Kaasa & J. H. Loge (red.). *Palliasjon: Nordisk lærebok* (3. utg., 429–439). Gyldendal.
- Kreftforeningen. (2022, 24. januar). *Om kreft*. Kreftforeningen.
<https://kreftforeningen.no/om-kreft/hva-er-kreft/>
- Kreftregisteret. (2021, 21. september). Kreft i Norge. *Kreftregisteret*.
<https://www.kreftregisteret.no/Temasider/om-kreft/>
- Kongsgaard, U. E. (2017). Smerter og smertebehandling. I A. M. Reitan & T. K. Schjøberg (red.). *Kreftsykepleie: pasient – utfordring – Handling* (4. utg., s. 181-197). Cappelen Damm.
- Lorentsen, V. B. & Grov, E. K. (2016). Generelle sykepleie ved kreftsykdommer. I D. G. Stubberud, R. Grønseth & H. Almås (red.) *Klinisk sykepleie 2* (5. utg., s. 397-436). Gyldendal.

- Mathisen, J. & Steindal, S. A. (2021). Grunnleggende palliasjon og sykepleie ved livets avslutning. I N. J. Kristoffersen, E. A. Skaug, S. A. Steindal & G. H. Grimsbø (red.). *Grunnleggende sykepleie bind 3: Pasientfenomener, organisasjon og kompetanseutvikling* (4. utg., s. 105-149). Gyldendal.
- Molnes, S. I. (2014). Sykepleieres erfaringer med smertelindring til hjemmeboende kreftpasienter. *Nordisk Sygeplejeforskning*. 4(2). 142-155.
<https://doi.org/10.18261/ISSN1892-2686-2014-02-06>
- Norsk Sykepleierforbund. (u. å.) *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Henta 27. februar frå <https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer>
- Nortvedt, P. & Nortvedt, F. (2018). *Smerte-en personlig erfaring*. Gyldendal.
- Norås, I. L. (2017). Kreftsjukepleie i heimen. I A. M. Reitan & T. K. Schjølborg (red.), *Kreftsykepleie: pasient – utfordring – handling* (4. utg., s. 303- 327). Cappelen Damm.
- 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>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Røkenes, O. H. & Hanssen, P. H. (2012). *Bære eller bryte: kommunikasjon og relasjon i arbeid med menneske* (3. utg.). Fagbokforlaget.
- Staats, K., Trandvåg, O. & Grov, E. K. (2018). Home-care nurses experience with medication kit in palliative care. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 20(6).
<https://doi.org/10.1097/NJH.0000000000000518>
- Thidemann, I. J. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving* (2. utg.). Universitetsforlaget.

Thoresen, L. & Dahl, M. (2015). Sykepleie til den døende pasienten. I E. K. Grov & I. M. Holter (red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie: Sykepleieboken 1* (5. utg., s. 926-960). Cappelen Damm.

Travelbee, J. (2010). Mellemmenneskelige aspekter i sygepleje (2. utg.). Munksgaard.

Trier, E. L. (2019). Palliativ omsorg og sykepleie. I U. Knutstad (red.). *Utøvelse av klinisk sykepleie: Sykepleieboken 3* (3. utg., s. 850-895). Cappelen Damm.

World Health Organization. (u.å.). *Cancer*. Henta 1. mars 2022 frå

https://www.who.int/health-topics/cancer#tab=tab_1

Vedlegg

Vedlegg 1 Oversikt over søk

Tabell 1 søket i Idunn 15/02/2022

søkenummer	søkeord	Tal treff	Tal treff etter avgrensing 2013-2022	Valde artikkelar
1	Smertelindring palliativ fase	13	10	Sykepleieres erfaringer med smertelindring til hjemmeboende kreftpasienter (Molnes, 2014).

Tabell 2, søket i Cinahl 16/02/2022

Søkenummer	søkeord	Tal treff	Tal treff etter avgrensing 2013-2022	Valde artiklar
S1	Cancer patients	86961		
S2	Palliative care	48108		
S3	Pain management	30634		
S4	S1 and S2 and S3	315		
S5			192	What do patients with advanced incurable cancer want from the management of their pain? A qualitative study (Gibbins et al., 2014).

Tabell 3, søket i Medline 17/02/2022

Søkenummer	Søkeord	Tal treff	Tal treff etter avgrensing 2013-2021	Valde artikkelar
S1	Palliative home care or palliative care	90478		
S2	Nurses experience	12263		
S3	Home care nurses	2886		
S4	S1 and S2 and S3	46		
S5			29	Home-care nurses experience with medication kit in palliative care (Staats et al., 2018). Experience and challenges of home care nurses and general practitioners in homebased palliative care – a qualitative study (Danielsen et al., 2018).

Tabell 4, søket i SveMed+ 19/02/2022

Søkenummer	Søkeord	Tal treff	Avgrensing (2013-2019)	Valde artikkelar
1	Kreftpasienter	66	13	Sykepleierens erfaringer med å bruke ESAS til å kartlegge symptomer hos

				kreftpasienter (Ihler & Sæteren, 2019).
--	--	--	--	---

Tabell 5, søket i Sykepleien 20/02/2022

Søkenummer	Søkeord	Tal treff	Avgrensing (Forskning)	Valde artiklar
1	Smertelindring	281	49	Sykepleieres og studenters kunnskap og holdninger til smerter og smertelindring hos voksne (Granheim et al., 2015).

Tabell 6 søket i Medline 22/02/2022

Søkenummer	Søkeord	Tal treff	Avgrensing (2013-2022)	Valde artiklar
S1	Palliative home care OR palliative care	90536		
S2	Cancer	2800941		
S3	Home care service	40619		
S4	Primary health care	158086		
S5	S1 and S2 and S3 and S4	57	39	What are essential elements of high-quality palliative care at home? An interview study among patients and relatives faced with advanced cancer (Oosterveld-Vlug et al., 2019).



Høgskulen på Vestlandet

Bacheloroppgave i sykepleie

SK152

Predefinert informasjon

Startdato:	21-05-2022 09:00	Termin:	2022 VÅR1
Sluttdato:	25-05-2022 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Bacheloroppgave i sjukepleie		
Flowkode:	203 SK152 1 O 2022 VÅR1		
Intern sensor:	Katarzyna van Damme-Ostapowicz		

Deltaker

Kandidatnr.:	454
---------------------	-----

Informasjon fra deltaker

Antall ord *:	7885
----------------------	------

Egenerklæring *: Ja
Jeg bekrefter at jeg har Ja
registrert
oppgavetittelen på
norsk og engelsk i
StudentWeb og vet at
denne vil stå på
vitnemålet mitt *:

Gruppe

Gruppenavn:	(Anonymisert)
Gruppenummer:	4
Andre medlemmer i gruppen:	Deltakeren har innlevert i en enkeltmannsgruppe

Jeg godkjenner avtalen om publisering av oppgaven min *

Ja

Er bacheloroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? *

Nei

Er bacheloroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? *

Nei