



Høgskulen på Vestlandet

SYKHB3001 Sykepleie, forskning og fagutvikling (Bacheloroppgave)

SYKHB3001-PRO1-2021-VÅR-FLOWassign

Predefinert informasjon

Startdato:	22-02-2021 09:00	Termin:	2021 VÅR
Sluttdato:	21-04-2021 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F + Bestått)
Eksamensform:	Sykepleie, forskning og fagutvikling, Bacheloroppgave		
SIS-kode:	203 SYKHB3001 1 PRO1 2021 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.:	207
---------------------	-----

Informasjon fra deltaker

Antall ord *:	7074
Engelsk tittel *:	Pain relief in palliative phase

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:	60
Andre medlemmer i gruppen:	Deltakeren har innlevert i en enkeltmannsgruppe

Jeg godkjenner avtalen om publisering av bacheloroppgaven 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



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGAVE

Smertelindring i palliativ fase

Pain relief in palliative phase

Kandidatnummer: 207

Bachelorutdanning i sykepleie

Høgskulen på Vestlandet -Campus Haugesund

Fakultetet for helse og sosialvitenskap

Institutt for helse og- omsorgsvitenskap

Innleveringsdato: 21.04.21 Antall ord: 7074

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 12-1

Sammendrag

Tittel: Smertelindring i palliativ fase

Bakgrunn:

Tall fra folkehelseinstituttet (2020) viser at over 12% valgte å dø hjemme i 2019. For mange brukere er det å få dø i hjemmet viktig for en naturlig og fin avslutning på livet, i kjente omgivelser med nære og kjære til stede (Birkeland & Flovik, 2018, s. 186). Smerte er et vanlig symptom som følge av en kreftdiagnose, og krever ofte kompleks behandling (Bertelsen, Hornslien & Thoresen, 2016, s. 139-143). Sykepleiere sier ofte til pårørende og brukere at i Norge er det ingen som skal lide i livets slutfase. Bakgrunn for valg av tema var derfor om dette blir fulgt opp i praksis og eventuelt hva sykepleier kan bidra med for å bedre smertelindringen i hjemmebaserte tjenester.

Problemstilling:

Hvordan kan sykepleier bidra til best mulig smertelindring til kreftpasienter i palliativ fase i hjemmet?

Metode:

En litteraturstudie med systematisk tilnærming. Bruk av fem forskningsartikler, en har brukt kvantitativ metode, og fire har brukt kvalitativ metode.

Oppsummering av funn og konklusjon:

Funnene viser i ulik grad hvordan sykepleiere, leger, pårørende og brukere opplever smertelindringen. Det kommer også frem hva helsepersonell kan jobbe videre med for å øke kompetansen på dette området. Pårørende er en viktig rolle for at smertelindring i hjemmet kan utføres.

Nøkkelord:

Palliativ pleie, smertelindring, kreft.

Abstract

Title:

Pain relief in palliative phase

Background:

Figures from Folkehelseinstituttet (2020) shows that over 12% chose to die at home in 2019. For many users, being allowed to die at home is important for a natural and worthy end to life, with near dear ones present (Birkeland & Flovik, 2018, p. 186). Pain is a common symptom that results from a cancer diagnosis, and often requires complex treatment (Bertelsen, Hornslien & Thoresen, 2016, pp. 139-143). Nurses often tell relatives and patients that in Norway no one should suffer in the final phase of life. The background for the choice of this topic was therefore whether this will be filled up in practice and what the nurses can do to improve better pain treatment in home-based services.

Research question:

How can a nurse contribute to the best possible pain relief for cancer patients in the palliative phase at home?

Method:

A literature study with a systematic approach. Use of five research articles, one has used a quantitative method, and four have used a qualitative method.

Summary of findings and conclusion:

The findings show varying degrees of how nurses, doctors, relatives and patients experience pain relief. It also reveals what nurses can work on to increase competence in this area. Relatives has an important role in the pain treatment at home.

Keywords: Palliative care, pain relief, cancer.

Innholdsfortegnelse

1.0 Bakgrunn	5
1.1 Begrunnelse for valg av tema.....	5
1.2 Relasjon til praksisfelt.....	5
1.3 Teoretisk perspektiv.....	6
1.4 Tidligere forskning	6
1.5 Teori.....	7
1.5.1 Kreft	7
1.5.2 Palliativ pleie.....	8
1.5.3 Smertelindring	9
1.5.4 Hjemmesykepleie.....	10
1.6 Avgrensning og presisering.....	11
1.7 Problemstilling	11
3.0 Metode	11
3.1 Hva er metode?	11
3.2 Hva er litteraturstudie?.....	12
3.3 Søkestrategi.....	12
3.4 Søketabletter	12
3.4.1 Artikkel 1	12
3.4.2 Artikkel 2	13
3.4.3 Artikkel 3	13
3.4.4 Artikkel 4	14
3.4.5 Artikkel 5	15
3.5 Kildekritikk	15
3.6 Etske overveielser	16
4.0 Funn/resultat	16
Artikkel 1.....	16
Artikkel 2.....	17
Artikkel 3.....	18
Artikkel 4.....	19
Artikkel 5.....	19
Oppsummering av funn	20
5.0 Drøfting	21
5.1 Kartlegging av smerte.....	21
5.2 Faglig forsvarlighet og kompetanse	22
5.3 Forventninger, håp og holdninger til smertelindringen	24
5.4 Betydning av samarbeid	26
5.5 Betydning av hjemmet.....	28
Konklusjon	29

Kilder.....	30
Vedlegg I	33
Vedlegg II	34
Vedlegg III	38

1.0 Bakgrunn

1.1 Begrunnelse for valg av tema

Jeg ønsker å fordype meg i lindrende behandling ved livets slutfase. Nærmere bestemt smertelindring. Grunn til valg av tema er at jeg brenner for palliasjon og mener at alle har rett på en verdig avslutning på livet. Jeg har selv vært med på palliativ behandling i hjemmet, både på egen arbeidsplass og i praksis. Dette gjorde at det jeg virkelig fikk lyst til å fordype meg i nettopp dette temaet. I tillegg til at jeg brenner for lindrende omsorg, er dette temaet meget også aktuelt for sykepleieyrket. I tillegg er dette noe som stadig blir mer aktuelt, da folketallet øker og muligheten for pleie i hjemmet er bedre tilrettelagt i dag enn hva det har vært tidligere.

1.2 Relasjon til praksisfelt

Smerte er et tilleggs-symptom til en hel rekke sykdommer. Smertelindring generelt er ekstremt viktig for å øke livskvalitet hos syke. Etter samhandlingsreformen (Meld. St.47 (2008-2009)) kom i 2008 har det blitt mer fokus på sykepleie i hjemmet, akkurat derfor bør det også være fokus på kompetanseheving innen denne tematikken.

Antall personer over 80 år er beregnet til å øke fra 190 000 (år 2000) til 500 000 i år 2050. Bølgen vil medføre et svært økende behov for pleie og omsorgstjenester, samt forholdet mellom yrkesaktive og befolkning over 67 år vil øke. Altså færre helsepersonell på en større andel syke og eldre (Ingstad, 2018, s. 185). Det å motta palliativ behandling i hjemmet vil da bli mer og mer aktuelt i årene fremover.

1.3 Teoretisk perspektiv

Martinsen fremstiller spesielt sykerommets utforming og innredning samt hvordan sykepleier kan bidra til å bedre det fysiske miljøet. Sykerommet skal bidra til velvære, helbredelse og trygghet (Kari Martinsen, i Bjørk & Breievne, 2016, s. 36-37). Hun beskriver sykerommet som et estetisk rom hvor den syke kan være med sin kropps lidelse, smerte, savn, håp og glede. Sykepleierens rolle er å skape rom for disse kvalitetene, og legge til rette for at pasient og pårørende opplever følelse av verdighet (Kari Martinsen, i Bjørk & Breievne, 2016, s. 38). Hun utdyper også bruk av oppmerksomhet og toner samt viktigheten av dette i utførelse av sykepleie. Stillhet er en forutsetning for forståelse og leder oppmerksomheten mot den andre. Videre skildrer hun at det gir mulighet for at begge parter i relasjonen pasient-sykepleier kan tre frem i dialogen. «Å lytte er ikke bare å høre, men det å la det hørte få slå rot i oss. Stillheten gir ro og ettertenksomt rom» (Martinsen, 2005, s.261-262).

Martinsen (2015, s. 129) angir hvordan smerter påvirker brukeren og betydning av tillit i smertelindringen. Når smertene er tilstede, er brukeren sperret inne i smertens tid og rom. De er fanget i sin egen kropp utestengt fra fellesskapet. Når pasient har tillit til sykepleier og lar henne «lete» etter den innestengte smerten, blir sykepleier gitt en makt og omsorgsansvar; en tillitserklæring. Da er det viktig at sykepleier bruker kunnskap og sansing, slik at pasienten blir godt smertelindret.

1.4 Tidligere forskning

Wallerstedt beskriver at; «det synes å være en ønsket trend og økende behov for sykepleie i hjemmet ved langtkommen sykdom» (Wallerstedt, i Grov, 2018, s. 522). En studie viser at eldre med langtkommen sykdom ønsker å bo hjemme så lenge som mulig og har et stort ønske om å få dø i hjemmet (Higginson & Sen-Gupta, 2000). Tall fra folkehelseinstituttet (2020) viser at over 12% valgte å dø hjemme i 2019. Selv om forskning viser at det er et økt ønske for å dø hjemme, er tallet for hjemmedød relativt lavt. Det skaper en nysgjerrighet rundt hva som gjør at flest dør på sykehus, og hva sykepleier kan bidra med for å utføre palliativ pleie i hjemmet. En undersøkelse viser at ca. hver fjerde nordmann (24%) lider av langvarig smerte (Rustøen, i Torvik & Bjørø, 2018, s. 391). En norsk studie viser at eldre får dårligere smertelindring enn yngre, av grunner som at eldre «skal stå i smerten», og ikke ønsker å være til bry (Torvik, Kaasa, Kirkevold, & Rustøen, 2009).

1.5 Teori

1.5.1 Kreft

11 041 døde av svulst i 2019, det vil si over en fjerdedel døde av kreft i Norge (Folkehelseinstituttet, 2020). Kreft er samlebetegnelse på over 200 kreftformer. De har mange likheter, samt mange ulikheter som gjør at sykdomforløp, behandling og opplevelse er forskjellig fra pasient til pasient. Det som kjennetegner kreft er at det oppstår mutasjoner i cellenes arvestoff. En frisk celle produseres etter hvert som andre celler dør, en kreftcelle fortsetter å formere seg ukontrollert, og på den måten starter veksten av en kreftsvulst. Svulsten oppstår i et organ i kroppen og sprer seg ved at en eller flere celler kommer over i blodbanen og føres med blodet til andre vev og organer (Kreftforeningen, 2020).

Kreft oppstår i alle aldersgrupper og begge kjønn, selv om det er ulikheter av hyppighet hos kjønn. Brystkreft (cancer mammae) og tykktarmkreft (cancer coli) er de hyppigste krefttypene hos kvinner. Hos menn er prostatakreft (cancer prostatae), tykktarmkreft og lungekreft (cancer pulmonis) de mest hyppige krefttypene (Bertelsen, Hornslien & Thoresen, 2016, s. 131). Kreft er ikke smittsomt, men arv og miljø kan være med på å øke sjansen for å få kreft.

Symptomer på kreft er veldig ulik fra hvilken krefttype en har. Symptomer på at du har en tumor kan være trykk på vev eller organer, passasjeproblemer gjennom rørorgan som tarm eller urinveier, eller produksjon av hormoner (Bertelsen, Hornslien & Thoresen, 2016, s. 130). De fleste symptomer som oppstår ved kreft kan også sammenlignes med symptomer på andre sykdommer. Et eksempel er blod i avføring, som også kan skyldes cancer coli, men det kan også være hemorider. Heshet kan skyldes tumor på stemmebåndet, men også sangerknote. Stoppet tarmpassasje kan skyldes tarmkreft, men også obstipasjon og illeus (Bertelsen, Hornslien & Thoresen, 2016, s. 136).

Målet med kreftbehandlingen kommer an på om kreften er helbredelig eller uhelbredelig. Vi skiller mellom kurativ behandling, livsforlengende behandling eller lindrende behandling (Bertelsen, Hornslien & Thoresen, 2016, s. 138). Den kurative behandlingen kan bestå av en

type eller en kombinasjon av flere behandlingsmetoder; kirurgisk behandling, strålebehandling, cytostatika behandling (cellegift) eller andre behandlingsformer som endokrin behandling, antistoffer og vekstfaktorer. Livsforlengende behandling går ut på å holde kreften og symptomene i sjakk, også ved bruk av behandlingsformene som er nevnt over. Lindrende behandling består i all hovedsak om symptomlindring og smertelindring i siste fasen av sykdomsforløpet (Bertelsen, Hornslien & Thoresen, 2016, s. 139-143).

1.5.2 Palliativ pleie

Palliativ fase, eller livets slutfase beskrives som en prosess som starter når det erkjennes at sykdommen er uhelbredelig, og avsluttes når brukeren dør. I enkelte rammedokumenter beskrives palliativ fase som forventet levetid kortere enn 9-12 måneder (Grov, 2018, s. 522-523). Målet med palliativ omsorg er å øke livskvaliteten og gjøre den siste tiden så god som mulig. Sentralt i all palliativ pleie er å forbygge og redusere lidelse, samt å verdsette livet og se døden som en normal prosess (Birkeland & Flovik, 2018, s. 189).

Å få dø i hjemmet er for mange avgjørende for en god avslutning på livet, og for brukere i palliativ fase er det viktig å være i kjente omgivelser med nære og kjære til stede. Å dø i hjemmet kan bidra til å normalisere hverdagen, noe som kan være utfordrende på sykehus eller institusjon. Det gir en betydningsfull ro, den syke kan gjøre ting hen liker og ha håp for fremtiden. Selv om det er hjemmesykepleien som har det overordnede ansvaret for den palliative behandlingen, er en også avhengig av at de pårørende er trygge og kompetente til de oppgavene det å ha en syk hjemme medfører (Birkeland & Flovik, 2018, s. 186).

Mye av den palliative omsorgen omfatter både medikamentelle og ikke medikamentelle tiltak. Tidlig i palliativ fase kan bruker gå tilnærmet symptomfri, og kan administrere medisiner selv. I sen eller avsluttende/terminal periode er det ofte nødvendig at pårørende og helsepersonell tar over ansvaret (Grov, 2014, s. 532). Symptomlindring går ut på å lindre de fysiske og psykiske symptomene brukeren plages med. Vanlige symptomer og plager i palliativ fase er presentert i et ESAS skjema; Smerte, kvalme, slapphet, tungpustet, munntørrhet, matlyst, angst/uro og tristhet/depresjon (Vedlegg I). Det sykepleier må legge vekt på i den palliative fasen er kartlegging av disse symptomene og bidra på best mulig måte til å lindre eventuelle plager (Grov, 2014, s.526). Som nevnt er medikamenter en del av

den palliative fasen. Når en etter hvert kommer i den siste delen av sykdomsprosessen og en erkjenner at døden nærmer seg, vil en gå over i et «sunnivaskrin» som inneholder de fire viktigste medikamentene som bidrar til en smerte og symptomfri død (Helsebergen, 2020).

Det må også legges vekt på ikke-medikamentelle tiltak. Ensomhet og uro og andre psykososiale plager kan behandles med sosiale, åndelige eller kulturelle opplevelser. Generelt for alle brukere som lider av uhelbredelig sykdom er det å opprettholde et noe lunde normalt liv av stor betydning. Ved å blant annet holde på med personlige interesser, kan det bidra til at livskvaliteten øker, eller i det minste ikke forverres. Tankereiser, leve seg tilbake i tid og mimre om det som har vært kan være oppløftende og lette sinnsstemningen spesielt for eldre (Gro, 2014, s. 530). Musikk, samtaler med familie, berøring, sette seg opp i sengen, en hånd å holde i kan være fine tiltak for å lette angst, smerte og pustevansker (Gro, 2014, s. 531). Hvordan en kan tilrettelegge til palliativ pleie i hjemmet krever tett samarbeid mellom bruker, lege, sykepleier, pårørende og andre profesjoner som helsefagarbeider, fysioterapeut, ergoterapeut og ernæringsfysiolog. Palliativ omsorg er med andre ord tverrfaglig (Birkeland & Flovik, 2018, s. 188).

1.5.3 Smertelindring

Smerte er en personlig og sammensatt opplevelse. Smerteopplevelsen er subjektiv; det vil si brukerens egen opplevelse og mening (Danielsen, Berntzen & Almås, 2016, s. 383).

Smerte kan være en fysisk og psykisk påkjenning. Kartleggingsverktøyet ESAS er nyttig for å registrere og få oversikt over sentrale symptomer i palliativ fase; som smerte, døsighet, tung pust, kvalme og forstoppelse (Gro, 2018, s. 524-525). Administrering av legemidler er ofte en stor del av symptomlindringen. Legen forordner og sykepleier administrerer legemidlene og observerer virkning og bivirkning (Gro, 2018, s. 532). Det er også rom for ikke-medikamentelle tiltak som sosiale, åndelige og kulturelle aktiviteter, som også pårørende kan delta i (Gro, s. 530).

Den norske legeforening (2009) beskriver de viktigste forutsetningene for tilstrekkelig smertelindring; Hovedmålet med smertebehandlingen er at brukeren skal ha det så godt som mulig samt være i stand til å puste godt og å bevege seg. For mange, spesielt kreftpasienter er smerte et dominerende problem, og for å bidra til å lindre den totale

smerten må flere profesjoner samarbeide. Den beste smertelindring gis ved å kombinere flere behandlingsmetoder, både ved uhelbredelig og helbredelig kreft. Danielsen, Berntzen & Almås (2016, s. 388) skildrer gjensidig tillit som kjernen i god smertelindring.

Helsepersonell må ha tillit til pasientens smerteopplevelse, mens pasient skal ha tillit til at helsepersonell ønsker å hjelpe hen. Kartlegging av smertelokalisasjon, kvalitet, intensitet, variasjon og varighet er et nyttig hjelpemiddel for å optimalisere smertelindringen (D, 2016, s. 388).

Legemiddelbehandling av smerter omfatter bruk av ikke-opioide analgetika (NSAID's) og/eller opioide analgetika (sterke smertestillende) (Danielsen, Berntzen & Almås, 2016, s. 396). Ikke-medikamentell metode for smertestillende kan også benyttes;

- **Stimulering av ikke-smerteførende sensoriske fibre i huden:** palpasjon og massasje, vibrasjon, akupunktur, transkulant elektrisk nervestimulering, bruk av varme eller kulde for å smertelindre lokalt.
- **Hemming av smerte via nervesystemet:** Få tankene over på noe hyggelig, kognitiv atferdsterapi, meditasjon, musikkterapi og humor. (Danielsen, Berntzen & Almås, 2016, s. 394).

1.5.4 Hjemmesykepleie

Kommunen er lovpålagt for at personer som oppholder seg i kommunen tilbys nødvendige helse og omsorgstjenester. Ansvaret omhandler alle aldergrupper, men eldre utgjør den største gruppen. Det er et overordnet politisk mål om at alle skal kunne bo hjemme så lenge som mulig. Tjenester gis i form av hjemmehjelp, og andre lavterskeltilbud i form av hjemmesykepleie. Hjemmesykepleie er en tjeneste hvor brukere får enkeltvedtak som hva og hvor mye hjelp de skal få (Brodtkorb & Ranhoff, 2018, s. 198-199).

Hjemmesykepleieren har ikke bare ansvar for sine sykepleieroppgaver, men også opplæring av både bruker og pårørende i legemiddelhåndtering, teknisk utstyr og hjelpemidler.

Involvering og kommunikasjon er viktig. Det er også viktig å skille mellom hjemmetid og hjemmedød. Støtte av palliativt team, fastlege og hjemmesykepleie skaper trygghet og er avgjørende for dette hjemmetilbudet (Birkeland & Flovik, 2018, s. 186-187). Stadig flere brukere trenger mer kompleks behandling og oppfølging i kommunehelsetjenesten. Det

medisinske tilbudet i kommunen er mer styrket enn tidligere, og dette er med på å forebygge lengre sykehusopphold (Brodtkorb & Ranhoff, 2016, s. 204).

1.6 Avgrensing og presisering

Jeg avgrenser til brukere over 18 år. Jeg kommer til å nevne pårørende som en ressurs i den palliative behandlingen der det er naturlig, men det skal ikke være hovedfokuser i oppgaven. Hovedfokuset er ikke bruk og virkning av medikamenter, men ulike administreringsmåter og legemiddelgrupper vil bli nevnt.

1.7 Problemstilling

Hvordan kan sykepleier bidra til best mulig smertelindring til kreftpasienter i palliativ fase i hjemmet?

3.0 Metode

3.1 Hva er metode?

Metode er redskapet vi bruker når vi samler inn data, altså den informasjonen vi trenger til undersøkelsen. Metoden forteller oss hvordan vi bør gå frem for å fremskaffe eller etterprøve kunnskap (Dalland, 2014, s. 112).

Sentralt i all forskning er å samle inn data, det skiller mellom kvalitative og kvantitative data. Det som kjennetegner kvantitative metoder er at utgangspunktet for dataanalyser er basert på tall og datainnsamlinger. Det som kjennetegner kvalitative metoder er utgangspunktet for dataanalyse basert på tekst, lyd eller bilder og datasamlingen har stor grad av fleksibilitet. Ved bruk av denne metoden skal en ikke telle, en skal få frem detaljert og utfyllende informasjon gjennom pasientens historie og egne erfaringer (Christoffersen, Johannesen, Tufte & Utne, 2015, s. 18).

3.2 Hva er litteraturstudie?

En litteraturstudie er en studie som systematiserer kunnskap fra skriftlige kilder. Å systematisere innebærer å samle inn litteratur, gå kritisk gjennom og sammenfatte det hele. Hensikten er å gi leseren en oppdatert god forståelse av kunnskapen som temaet omhandler og hvordan en kommer frem til kunnskapen (Thidemann, 2017, s. 79).

3.3 Søkestrategi

Felles for søkene er at de er begrenset til Engelsk eller Norsk, ikke eldre enn 10 år (2011-2021), og en alderspresisering på 18+. Søkene ble gjort i perioden januar til mars 2021. Søkebasene som er brukt er Cinahl, PubMed og Idunn. Fire av artiklene har brukt kvalitativ forskningsmetode, en har brukt kvantitativ metode. Søkord som er mest brukt er palliative care, cancer, home care og pain management. Søkene er for det meste brukt på engelsk for å utvide utvalget. To av de fem artiklene er fra Norge, de tre andre er fra England, USA og Canada. Målet med søkene var å finne studier fra ulike perspektiv, både bruker, pårørende og sykepleier. Dette har jeg lyktes med og det gir et mer bredt syn på problemstillingen.

3.4 Søketabletter

3.4.1 Artikkel 1

Database	Søkenummer	Søkeord	Avgrensing	Antall treff	Resultat av relevante artikler
Cinahl	S1	Analgesia or pain relief or pain management		62927	
	S2	Palliative care		45858	
	S3	Cancer patients		141037	
	S4	S1 AND S2 AND S3	2011-2021	449	«what do patients with advanced incurable cancer

					want from the management of their pain?" A qualitative study
--	--	--	--	--	--

3.4.2 Artikkel 2

Database	Søkenummer	Søkeord	Avgrensning	Antall treff	Resultat av relevante artikler
PubMed	S1	Palliative home care	2015-2021 Norsk eller Engelsk	2012	Experiences and challenges of home care nurses and general practitioners in home-based palliative care – a qualitative study

3.4.3 Artikkel 3

Database	Søkenummer	Søkeord	Avgrensning	Antall treff	Resultat av relevante artikler
Cinahl	S1	Palliative care		45966	
	S2	Terminal care		24581	
	S3	End of life care		46318	
	S4	S1 or S2 or S3	2015-2021 English Adult 19+	6593	
	S5	Cancer	2015-2021	208684	
	S6	Cancer patients	2015-2021	70626	

	S7	S5 or S6	2015-2021	208684	
	S8	Common symptoms	2015-2021	11168	
	S9	Cancer symptoms	2015-2021	7425	
	S10	S4 and S7 and S8 and S9	2015-2021 Adult 19+ English	15	«Personalized symptom goals and response in patients with advanced cancer»

3.4.4 Artikel 4

Database	Søkenummer	Søkeord	Avgrensing	Antall treff	Relevante artikler
Cinahl	S1	Palliative care		46240	
	S2	Cancer patients		142846	
	S3	Family		342960	
	S4	Relatives		169683	
	S5	S3 OR S4		494073	
	S6	Cancer related pain		4809	
	S7	S1 and S2 and S5 and S6	Adult (19+) 2011-2020	9	Cancer-Related Pain in Older Adults Receiving Palliative Care: Patient and Family

					Caregiver Perspectives on the Experience of Pain
--	--	--	--	--	--

3.4.5 Artikkel 5

Database	Søkenummer	Søkeord	Avgrensning	Antall treff	Relevante artikler
Idunn, Nordisk Sygepleje-forskning	S1	Palliasjon		9	Sykepleieres erfaringer med smertelindring til hjemmeboende kreftpasienter.

3.5 Kildekritikk

Kildekritikk er metodene som brukes for å vurdere og karakterisere at de kildene en skal bruke er pålitelige (Dalland & Trygstad, 2014, s. 67). Internett er en arena for enorm mengde informasjon, og en forutsetning for å bruke kilder fra internett er å finne frem til hvem som har skrevet og lagt ut informasjonen (Dalland & Trygstad, 2014, s. 65). I denne oppgaven er det brukt kilder både fra internettet og pensumbøker. Det er brukt artikler fra kreftforeningen.no, den norske legeforening og databasene Idunn, Cinahl og PubMed for å finne forskningsartikler. Søkene er gjort via fagressurser på HVL- biblioteket sine sider, jeg anser derfor disse som reelle kilder. Alle forskningsartiklene har IMRaD-struktur, som er en forkortelse for introduksjon, metode, resultat, and/og diskusjon (Dalland & Trygstad, 2014, s. 79), og svarer godt på kvalitative og kvantitative sjekklister (vedlegg II). I vedlegget er det utført kvalitativ sjekklister på Molnes (2014). To av artiklene er fagfelle-vurderte. Jeg har også

brukt folkehelseinstituttet til å finne statistikk, og lovdata.no for lovverk. Ellers er de fleste bøkene fra pensumlistene for sykepleierstudiet. Jeg anser derfor disse bøkene som faglig gode kilder. Kari Martinsen sine bøker er søkt opp på Oria, derfor vurderer jeg også disse som trofaste kilder. Jeg har prøvd å kun bruke primærkilder, men har måttet bruke noen sekundærkilder da jeg ikke har fått tak i bøker på grunn av pandemi.

3.6 Etiske overveielser

I samtlige artikler har de utvalgte gitt skriftlig eller muntlig samtykke om å delta. I flere av artiklene kommer det frem at de utvalgte har et valg om å trekke seg, og at flere har valgt å gjøre dette av helsemessige årsaker. Det er sårbare og syke mennesker som stiller i disse studiene, og derfor er det positivt at valget er i deres hender og at brukermedvirkning blir ivaretatt. De fire kvalitative studiene er etisk godkjent av etisk komite eller samfunnsvitenskapelig datatjeneste.

4.0 Funn/resultat

Artikkel 1

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

Forfattere: Jane Gibbins, Rebecca Bhatia, Karen Forbes & Colette M Reid.

År: 2014

Land: England

Hensikt/metode/målgruppe

Hensikten med studien er å utforske hva kreftpasienter i palliativ fase ønsker å få ut av smertebehandlingen, og hvordan smertene påvirker dem. Målgruppen er 12 voksne pasienter med kreft i palliativ fase. Det er brukt kvalitativ metode gjennom intervjuer.

Resultat/ konklusjon

Kun 4 av 12 opplevde at de var fullstendig smertelindret da studien ble gjort. Felles for hva pasientene ønsket å få ut av smertelindringen var å få utøve dagligdagse gjøremål og være

med venner og familie. Noe som også kommer tidlig frem er at pasientene opplever at helsepersonell har for lite fokus på smertekartlegging.

Relevans

Jeg anser denne studien som relevant da den tar for seg pasientene sine subjektive meninger og ønsker om behandling, den er spesielt viktig for å opprettholde brukermedvirkning og autonomiprinsippet.

Artikkel 2

Experiences and challenges of home care nurses and general practitioners in home-based palliative care – a qualitative study

Forfattere: Britt Viola Danielsen, Anne Marit Sand, Jan Henrik Rosland & Oddvar Førland.

År: 2018

Land: Norge

Hensikt/metode/målgruppe

Hensikten med denne studien er så se fra sykepleiere og leger sitt ståsted hvordan palliativ omsorg blir utøvd i hjemmetjenesten, og hva som hemmer eller løfter muligheten for at brukere i terminal fase kan få død i hjemmet. Målgruppen består av 19 helsepersonell, både sykepleiere fra hjemmesykepleien, og allmennleger. Studien er en kvalitativ forskningsstudie.

Resultat/ konklusjon

Studien konkluderer med at det er viktig med en god start med god planlegging sammen med brukeren og pårørende. Kjernen for god palliativ behandling og smertelindring er et godt tverrfaglig samarbeid med andre profesjoner, og de utvalgte understreker at pårørende er av vesentlig viktighet for å kunne utøve sykepleie i hjemmet.

Relevans

Jeg anser studien som relevant da den belyser helsepersonell sin oppfatning av den palliative omsorgen i hjemmet. Studien er gjort i Norge og er fra 2018, noe som også forsterker påliteligheten.

Artikkel 3

Personalized symptom goals and response in patients with advanced cancer

Forfattere: David Hui, Minjeong Park, Omar Shamieh, Carlos Eduardo Pavia, Pedro Emilio Perez-cruz, Mary Ann Muckaden & Eduardo Bruera

År: 2016

Land: USA

Hensikt/metode/målgruppe

Hensikten med studien var å undersøke de 10 vanligste symptomene hos kreftpasienter gjennom PSG (personal symptom goals). Pasientene skulle oppgi numerisk opplevelse (fra 1-10) på alle de 10 symptomene i et ESAS-skjema. Studien har gått etter kvantitativ forskningsmetode, hvor 728 voksne pasienter deltok.

Resultat/ konklusjon

Resultatet viste Personal symptom goal i median:

Kvalme: PSG 1

Depresjon, angst, dødsighet, velvære, dyspne og søvn: PSG 2

Smerte, appetitt og tretthet: PSG 3

Vi ser gjennom disse resultatene at smerte er en av de mest vanlige symptomene hos kreftpasienter.

Relevans

Deler av artikkelen er relevant da jeg ønsket mer informasjon om hvor mye smerte utgjør av helhetsbilde hos en kreftpasient sammenlignet med andre sentrale symptomer.

Artikkel 4

Cancer-Related Pain in Older Adults Receiving Palliative Care: Patient and Family Caregiver Perspectives on the Experience of Pain

Forfattere: Christine J McPherson, Thomas Hadjistavropoulos, Michelle M Lobchuk & Kelly N Kilgour.

År: 2013

Land: Canada

Hensikt/metode/målgruppe

Det ble brukt en kvalitativ tilnærming for å utforske temaet smertelindring i hjemmet. Studien tar utgangspunkt i pasient og pårørendes erfaring og meninger. Målgruppen består av 18 pasienter og deres pårørende. Hensikten med studien er å utforske pasienters og pårørendes opplevelse av kreft-relatert smerte i palliativ fase i hjemmet.

Resultat/ konklusjon

Tilnærmingen av å kartlegge smerte bør ses på individuelt fra pasientenes subjektive meninger. Pasienten og pårørende forklarte at smertene bør ses på ut ifra pasientens helse gjennom fysiske, sosiale, åndelige og psykososialt.

Relevans

Studien ser på smertelindring i hjemmet fra pårørendes og brukers perspektiv, og er derfor relevant for oppgaven.

Artikkel 5

Sykepleieres erfaringer med smertelindring til hjemmeboende kreftpasienter.

Forfatter: Sven Inge Molnes

År: 2014

Land: Norge

Hensikt/metode/målgruppe:

Hensikten med artikkelen er å utforske smertelindring hos kreftpasienter i hjemmetjenesten. Hvordan sykepleiere i praksisfeltet opplever smertelindringen, og hva de mener kan bedre/optimalisere smertebehandlingen. Artikkelen er sett fra 10 sykepleiere sitt synspunkt. Det er brukt kvalitativ metode gjennom undersøkelse og intervjuer.

Resultat/ konklusjon

Sykepleierne konkluderte med at den generelle jobben de gjør for hjemmeboende kreftpasienter er god, men at det er forbedringspotensialet i smertebehandlingen. Funnene viser at godt samarbeid og kommunikasjon med pårørende, lege og sykepleier øker kvaliteten på behandlingen. De etterlyser mer fokus på smertelindring i grunnutdanningen. I tillegg kommer det frem at ressursmangel og travle arbeidsdager står i veien for å tilegne seg kunnskap og kompetanse i arbeidstiden.

Relevans

Studien er fagfellevurdert og datasamlingen er fra norske hjemmebaserte tjenester, noe som øker tilliten. Den er relevant da den svarer godt på problemstillingen både i forhold til smertelindring og hva som bidrar til at kreftpasienter kan bo hjemme.

Oppsummering av funn

De fleste studiene konkluderer med at det er for lite fokus på smertekartlegging. Flere brukere foretrekker at sykepleier skal kartlegge smerte ut i fra evnen bruker har til å utføre fysiske/hverdagslige oppgaver. Tilnærming og behov for smertelindring er individuelt, og hver enkelt bruker har ulike behov og reaksjon på behandlingsmetode. Flere av studiene påpeker pårørende som en vesentlig ressurs for å yte palliativ behandling i hjemmet. Det blir også presisert i samtlige studier at samarbeid mellom bruker, pårørende, sykepleier, fastlege og andre profesjoner er nøkkelen til god smertelindring.

5.0 Drøfting

For å belyse problemstillingen er følgende tema drøftet; smertekartlegging, faglig forsvarlighet og kompetanse, forventninger, håp og holdninger og til slutt samarbeid og hjemmets betydning for smertelindringen.

5.1 Kartlegging av smerte

Smerte er en sammensatt og subjektiv opplevelse (Danielsen, Berntzen & Almås, 2016, s. 383). Bertelsen, Hornslien & Thoresen (2016, s. 136) beskriver at de vanligste symptomene på kreft ofte kan forveksles med symptomer på mindre alvorlige sykdommer. Videre blir det beskrevet at de vanligste symptomene på tumor er smerter eller at nabo-vev funksjon forstyrres. Gjennom kartleggingsverktøyet ESAS kan en observere hvordan de forskjellige symptomene påvirker brukeren. En kvantitativ studie bruker dette kartleggingsskjemaet og viser også at smerte er i toppen av de hyppigste symptomene ved uhelbredelig kreft (Hui, Park, Shamieh, Paiva, Perez-Cruz, Muckaden, Bruera, 2016). En annen studie tar også for seg tallfesting av smerte, og brukerne presiserte at dette ikke var den beste måten å kartlegge smerte, her mente brukerne at det var bedre å kartlegge individuelt ut i fra hvilke aktiviteter og oppgaver de klarte å utføre (Gibbins, Bhatia, Forbes & Reid, 2013). Samme studie presiserer at helsepersonell hadde for lite fokus på smertekartlegging og at de satt igjen med en følelse av at dette ikke ble prioritert. Molnes (2014) beskriver sykepleiers syn på bruk av kartleggingsverktøy. Det viste seg at kun 3 av 10 sykepleiere valgte å bruke kartleggingsverktøy. Dette av grunner som at det er tidskrevende, flere hadde lite erfaring og opplæring i bruken av dette verktøyet.

En ting er å velge hvilken type kartleggingsmetode en skal bruke, om det er spørreskjema, numerisk skala, ansikt smerteskala, eller generell observasjon av funksjonsnivå (Torvik & Bjørø, 2018, s. 396). Gjerne en kombinasjon av flere metoder. Uansett må en bruke den metoden som fungerer for hver enkelt bruker, av den grunn at alle er forskjellige. Opplevelsen av smerte er ulik fra bruker til bruker og uttrykkelsen av smerte er også variabel. En studie hvor brukere og pårørende beskriver opplevelse av smerte viser et bredt spekter av uttrykkelse av smerte. Noen reagerer verbalt ved roping, stønn og ynking. Andre reagerer ikke verbalt ved å holde/massere lokalt på smertepunktet (Mc Pherson, Hadjistavropoulos, Lobchuk & Kilgour, 2013). Kreftrelaterte smerter gir ofte lokale trykksmerter fra tumor på

tilgrensede vev eller organer (Bertelsen, Hornslien & Thoresen, 2016, s. 130). Kari Martinsen (2015, s. 129) forklarer at den syke er fanget alene i smertens kropp, og klarer ikke å være en del av felleskapet da smerter oppleves så altoppslukende. Pårørende forklarer at humørsvingninger og atferd kan endre ved høy smerte. Noen kan reagere med sinne og irritasjon. Også denne studien støtter under teorien om at forandring i fysisk funksjon er en god måte å kartlegge smerte. Brukere forklarer at det kan bli en altoppslukende opplevelse og at all atferd og energi blir brukt til å lindre smertene (Mc Pherson et al., 2013). Atferdsmessige reaksjoner som; fokus på smerte, gråt og ynking, gnir seg på smerteområdet, økende muskelspenninger og rynker/grimaser i ansiktet er vanlige. Også fysiologiske tegn som forhøyet blodtrykk og puls, hurtigere åndedrett, utvidede pupiller og svetting kan forekomme ved sterke smerter (Danielsen, Bertzen & Almås, 2016, s. 389). Mange, spesielt eldre er mer reservert når det gjelder å uttrykke at de har smerter, dette av grunner som; at de er redd for å være til bry og en stotisk holdning til smerte (British Geriatrics Society, i Torvik & Bjørø, 2018, s. 392).

En annen ting er om det er miljø for kartlegging på arbeidsplassen og om det er satt rammer for hvordan en skal utføre rutinemessig smertekartlegging. Molnes (2014) skriver at holdninger og personlige meninger har mye å si for smertekartleggingen, i samme studie blir det også presisert at det ikke er særlig rom, tid eller miljø for å tilegne seg ny kunnskap i arbeidstiden. Sykepleierne forklarer at smertekartleggingen er spesielt vanskelig å utføre i hjemmebaserte tjenester da de ikke får observert brukerens virkning eller eventuelle bivirkninger over tid.

5.2 Faglig forsvarlighet og kompetanse

For at smertelindring kan utøves i hjemmet krever det faglig forsvarlighet og kompetanse. I helsepersonelloven (1999, § 2-4) blir det presisert at det forventes at sykepleier handler forsvarlig ut ifra enhver situasjon. Molnes (2014) skriver flere sykepleiere forklarer at de ønsker faglig oppdatering på arbeidsplassen og mener at det er alt for lite kurs og rom for videreutdanning. Det blir også nevnt at det ikke er kultur for å lese faglitteratur eller tilegne seg ny kunnskap. Dette av grunner som underbemanning og hektiske vakter. Sykepleierne går gjerne hjem med en følelse av at de ikke har strukket til på jobb og at dette dessverre går utover den neste som kommer på vakt. (Danielsen, Sand, Rosland & Førland, 2018) støtter

dette og løfter også et ønske om mer kurs og faglige møter i arbeidstiden, da en ofte ønsker å legge fra seg arbeidet når en kommer hjem fra jobb. Faglig forsvarlighet går ikke bare ut på å handle forsvarlig, men også å prioritere. Gibbins et al. (2013) forklarer at brukerne hadde en følelse av at å behandle kreften var førsteprioritet, og at smertelindringen kom etter. Samme problemstilling blir presentert i Molnes (2014); sykepleier føler på en tidsklemme og står ovenfor dilemmaer hvor en må velge over hva som er mest og minst viktig. Når brukeren har kommet så langt i sykdomsprosessen er det symptomhåndtering sammen med optimalisering av livskvalitet som skal være sykepleierens hovedmål (Gro, 2018, s. 525). Som sykepleier står en alltid overfor et prioriteringsansvar, og det er menneskelig og naturlig å tenke at en skal «behandle kreften» fordi en ikke ønsker at brukeren skal bli dårligere på din vakt. Likevel er det viktig at brukeren blir godt nok smertelindret.

Tiltak for å øke kompetansen på arbeidsplassen kan være å støtte sammen et palliativt team eller ansette en ressurspsykepleier innenfor dette området. Flere sykepleiere i Molnes (2014) sin studie hadde et ønske om en kreftpsykepleier på arbeidsplassen for å søke råd og veiledning, samt hospitering til kreftavdeling på sykehus. Flere sykepleiere hadde hospitert og opplevde det som meget lærerikt. I samme studie blir det belyst at kompetent personell i form av kreftpsykepleiere eller sykepleiere med videreutdanning i palliasjon var vanskelige å holde på da de tiltrekkes mer avanserte arbeidsplasser, ofte i spesialisthelsetjenesten. En kan da vurdere om kommunene bør ha mer fokus på å tilby goder til sykepleiere som tar videreutdanning. Arbeidsplassen bør også ha fokus på tilrettelegging til de sykepleierne som tar videreutdanning ved siden av jobb. Det kommer også tydelig frem at samarbeid mellom kolleger og andre profesjoner på arbeidsplassen øker kompetanse og reduserer usikkerhet. Dette gjennom å dele erfaringer, støtte og samtaler (Danielsen et al., 2018). Sykepleiere og leger fremmer i samme studie et ønske om palliativt team eller bruk av primærgrupper for å øke kontinuiteten. Dette bidrar til at sykepleier kan å observere og kartlegge over tid.

Underbemanning er et kjent fenomen i helsetjenesten. Det å øke bemanningen reduserer travelheten i hjemmesykepleien, og en kan få yte bedre tjenester for brukerne. På en annen side kan en se på hva eventuelt øking av sykepleiere gjør med den faglige kompetansen på arbeidsplassen. En ting er å ha flere hjelpende hender, en annen ting er om ressursene er av god nok faglig kompetanse. Sykepleiere i følge Molnes (2014) støtter under denne

tematikken, og fremmer et ønske om bedre bemanning. De belyser at arbeidsmengden er større enn kapasiteten, og det igjen fører til dårligere oppfølging av smertebehandling til hjemmeboende kreftpasienter.

I lov om kommunale helse- og omsorgstjenester står det at kommunen er pliktet til å gi forsvarlig helsehjelp, av god kvalitet med fokus på pasientsikkerhet (2011, § 4-1). I samme lov blir det presisert at virksomheten skal jobbe systematisk for kvalitetsforbedring (2011, § 4-2). I helsepersonelloven (1999, § 3-16) blir dette også nevnt; «Virksomhet som yter helse- og omsorgstjenester, skal organiseres slik at helsepersonellet blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter». Kort fortalt er kommunen pliktet til å tilrettelegge for at sykepleier yter god nok helsehjelp, men om dette blir gjort i praksis er nok variabelt. For å oppsummere savner både sykepleierne i Molnes (2014) og Danielsen et al. (2018) mer faglig påfyll, kurs, primærgrupper, kreftsykepleier eller palliativt team for å bedre smertelindringen i hjemmet. Dette er noe en hver enkelt kommune har ansvar for å følge opp.

5.3 Forventninger, håp og holdninger til smertelindringen

Når en skal gi smertelindring til kreftpasienter i palliativ fase er det flere faktorer som en må ta i betraktning. Gibbins et al. (2013) spurte brukere i denne situasjonen om spørsmålet «hva ønsker du å få ut av smertebehandlingen?». Svarene var noe variable, men det som gikk igjen var at de ønsket å være kapabel til å leve et normalt liv, gjøre dagligdagse oppgaver, drive med hobbyer og ikke minst være med venner og familie. Disse psykososiale behovene skal selvfølgelig sykepleier ta i betraktning. Den siste tiden skal kunne nytes sammen med venner og familie. Sykepleiers mål for den palliative behandlingen skal være å øke livskvalitet og gjøre den siste tiden så god som mulig (Birkeland & Flovik, 2018, s. 189). Akkurat derfor skal palliativ pleie i hjemmet være litt lettere å tilrettelegge da hjemmet bidrar til å normalisere hverdagen, noe som kan være utfordrende på sykehus eller institusjon. Dette gir en betydningsfull ro, og gir rom for å drive med hobbyer med mer (Birkeland & Flovik, 2018, s. 186). Forskning viser dessverre at flere brukere opplever smertene som uutholdelige og utålelige, brukerne forklarer også at de har vonde smerter på daglig basis (McPherson et al., 2013). Da Gibbins et al. (2014) gjorde undersøkelse på en smerteskala fra en til ti var det kun fire av 12 som oppga at de var smertefri på det tidspunktet, men oppimot alle brukerne hadde vært på 10eren i løpet av sykdomsperioden.

Dette kan også ses igjen i sykepleiernes opplevelse av smertelindringen (Molnes, 2014), de innser selv at de har et forbedringspotensial i smertelindring. De forklarer at det er flere grunner til dette, blant annet; personlige meninger, samt de uttrykker at det er vanskelig å vite når og hvor mye medikamenter de skal gi. Flere sykepleiere foretrakk bruk av smertepaster fremfor andre medikamentelle metoder grunnet at det var lett og ga en langvarig smertelindring som ikke krevde noe særlig ressurser. Injeksjoner og smertepumpe ble derfor ikke så mye brukt på grunn av at det er ressurs- og kompetansekrevende. Flere vegret seg for å gi morfin i redsel for å gi for mye. Smertestillende legemidler for kreftmerter fins i tablett, suppositorier, flytende form, plaster, intravenøst, subcutant, epidural og spinal. Det er mange muligheter og det viktigste er å velge den metoden som fungerer best for brukeren. Verdens helseorganisasjon har utarbeidet en smertetrapp (vedlegg III) som sykepleier kan følge systematisk. Nederst på trappen er perifervirkende analgetika (NSAID eller paracetamol), neste steg finner vi svake opioider, tredje steg består av sterke opioider som morfin. Trappen har også et fjerde trinn som er aktuelt for kreftmerter; nemlig at opioider gis parenteralt (WHO, i Bertelsen, Horslien & Thoresen, 2016, s. 145). Her ser vi gjerne en faktor som kan påvirke smertelindringen i negativ retning, nemlig feil bruk av behandlingsmetode. Sykepleiere vegrer seg for å bruke smertepumpe og andre parenterale tilganger, noe som i teorien skal være veldig effektivt i den medikamentelle behandlingen av kreftmerter. Derfor blir gjerne smertelindringen av dårligere kvalitet.

Selv om medikamentell behandling er nødvendig i de fleste tilfeller er det brukere som ikke ønsker å ta sterke smertestillende pga bivirkninger. Brukere forklarer at de blir døsig av smertestillende, og sover mye på dagtid, noe de synes er uheldig (Gibbins et al., 2014). Sedering og forvirring er en svært normal og ubehagelig bivirkning ved bruk av opioider. Ved akutte smerter gjelder det for sykepleier å tilpasse dosen slik at brukere både får tilstrekkelig smertelindring, i tillegg til å være opplagt til delta i ønskede aktiviteter (Danielsen, Bertzen & Almås, 2016, s. 402). Hui et al. (2016) beskriver at symptomet tretthet er i toppen sammen med smerte og appetitt. Ulike behandlingsmetoder på kreft som strålebehandling kan også forårsake tretthet. Kvalme, smerter, nedsatt matlyst og matinntak, nedsatt aktivitetsnivå er noen av mange følger av kreftbehandling og alle disse faktorer kan igjen forårsake

utmattelse og tretthet (Bertelsen, Hornslien & Thoresen, 2016, s. 141-143). Ut i fra disse teoriene vil tretthet trolig være tilstede i sykdomsprosessen uavhengig om en tar sterke smertestillende, eller ei. Det er dessverre mange bivirkninger av både kreftbehandling og smertelindring, gjerne er det så komplekst at en ikke vet hva som skyldes de ulike symptomene.

Kommunikasjon og tillit mellom bruker og sykepleier er nøkkelen til god smertelindring. Det er viktig med gjensidig tillit og respekt mellom bruker og sykepleier. Martinsen (2005, s.261-262) støtter også under denne tematikken og fremmer hvordan oppmerksomhet og stillhet bidrar til den gode samtalen hvor begge parter har rom for å bidra. Bruker skal være trygg på at sykepleier ønsker å gi så god smertelindring som mulig. Sykepleier må være klar på at total smertefrihet ikke alltid er realistisk, men at bruker skal kunne fungere så godt som mulig kan være et realistisk mål (Den norske legeforeningen, 2009). Sykepleier skal også være trygg på at brukeren sine utsagn om smerte samsvarer med faktiske smerter. Sykepleierens holdninger og opplevelser kan påvirke bruker i både positiv og negativ retning. Egne erfaringer og opplevelser kan bidra til økt forståelse for smertene, men personlige holdninger kan også bidra til at en undervurderer brukeren behov for smertelindring (Danielsen, Bertzen & Almås, 2016, s. 382). Dette støtter sykepleiere i Molnes (2014), og forklarer videre at smertelindringen ofte kan påvirkes av sykepleierens personlige holdninger og meninger. Brukere forteller at de har endret håpet om å bli smertefri til et håp om mindre, håndterbare smerter (Gibbins et al., 2014). Dette er en god holdning å ha da kreftmerter kan bli intense og endre seg fort (Kreftforeningen, 2020). Gjensidig tillit, god informasjon og opplæring kan også bidra til å brukeren kan delta i mye av smertelindringen selv. Selvsagt skal brukeren ønsker stå i hovedfokus, og bruker har etter loven rett til å medvirke (Pasient -og brukerrettighetsloven, 1999, § 3). Enkelte ønsker å ta del i smertelindringen, mens andre ønsker å legge ansvar over på sykepleier.

5.4 Betydning av samarbeid

Det som har bedret smertelindringen er å bruke pårørende som en ressurs. Sykepleiere understreket at er pårørende er en vesentlig viktig ressurs i den palliative smertebehandlingen i hjemmet (Danielsen et al., 2018). For at bruker skal kunne bo hjemme

lenge, og eventuelt dø i hjemmet, er det viktig at pårørende føler seg trygge og kompetente til oppgaver som følger med. God relasjon, opplæring og tett samarbeid bidrar til økt kompetanse om akutte situasjoner skal oppstå når sykepleier ikke til stede. Økt tilgjengelighet er også viktig for tryggheten (Birkland & Flovik, 2018, s. 187). Både sykepleiere og leger (Danielsen et al., 2018), pårørende og brukere (McPherson et al., 2013) løfter disse temaene og understreker at samarbeidet mellom pårørende, fastlege og bruker er viktig. Videre blir det presisert at tilgjengelighet og kontinuitet av de samme helsepersonell øker trygghet og tillit. Tiltak som å ha et nummer bruker kan ringe til hele døgnet, om det er til lege eller vakttelefon viser seg å være effektivt for å skape trygghet for både pårørende og bruker. Samarbeid gjennom tverrfaglige møter sammen med lege og andre instanser ser ut til å ha god virkning (Danielsen, et al., 2018).

I følge Danielsen et al. (2018) forteller brukere at de pårørende gjerne hjelper til med det administrative, og fungerer som en støttende rolle. Fra pårørende sin side beskriver de rollen som utfordrende og altoppslukende. Mange forklarer at de er bekymret og nærmest overvåker den syke dag og natt, det blir lite tid til egne aktiviteter og hobbyer. På en annen side forklarer de at opplevelsen av å ha den syke hjemme den siste tiden er høytidelig og øker nærheten, samtidig som pårørende føler seg til nytte ved å delta i sykepleien.

Danielsen et al. (2018) fremmer viktigheten av planlegging og en god start. At medisinsoversikt er på plass, at medisiner og medisinsk utstyr er bestilt på forhånd og at hjelpemidler til hjemmet er i orden. Det å ha klar en «just in case box» med nødvendige legemidler kan bidra til rask lindring, og forebygge re-innleggelser. En utfordring med disse praktiske oppgavene er at samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten ikke alltid er like effektivt. Utfordringer i overgang fra sykehus til kommune er at overgangen skjer ofte veldig fort, uten at disse praktiske oppgavene som nevnt over blir gjort. Unødvendig tid blir brukt på å kontakte sykehus etter info, epikrise, medikamentoversikt og sammenfatning. Sykepleiere fremmer også fortvilelse over at helsepersonell på sykehus ofte lover god hjelp og behandling i hjemmetjenesten, og brukere gjerne kommer hjem med høyere forventninger enn hva hjemmetjenesten kan innfri (Molnes, 2014).

5.5 Betydning av hjemmet

40 553 mennesker døde i Norge i 2019. 5094 av disse menneskene døde i hjemmet (Folkehelseinstituttet, 2020). Før i tiden var det vanlig å dø i hjemmet, hvor familien stelte og tok vare på den døende (Kreftforeningen, 2020). Selv om de fleste dør på institusjon viser utviklingen at det å dø i hjemmet blir mer og mer vanlig. I dag velger mange å dø hjemme fordi det er trygt og godt, samt ved god planlegging og samarbeid mellom hjemmesykepleier, bruker og pårørende er det er mulighet for god behandling hjemmefra (Birkeland & Flovik, 2018, s. 186). Mange eldre ønsker å dø hjemme, men får ikke ønsket innfridd. Dette er gjerne i slutten av sykdomsprosessen hvor trygghet og kontinuerlig tilgang til helsepersonell øker, dermed blir ofte dødsstedet på institusjon (Grov, 2014, s. 522).

Sykepleiere forklarer at de kommer nærmere brukerne når de mottar behandlingen hjemme, og at dette igjen styrker relasjonen og tilliten (Danielsen et al., 2018). Ofte har de gjerne kjent brukerne i flere år i forveien, fordi de har mottatt hjemmesykepleie i lang tid. En datter til en døende mor hyller sykepleiere i hjemmetjenesten og at det ble gjort en fantastisk innsats for å innfri ønske om hjemme død. Pårørende trekker spesielt frem viktigheten av avtaler og tallfesting av tid, slik at det alltid foreligger en tilgjengelighet (Danielsen et al., 2018). God informasjon om forventet sykdomsutvikling er også verdifull informasjon som pårørende og bruker setter pris på (Birkeland & Flovik, 2018, s.188).

Hjemmet bidrar til mestring og empowerment; kontroll over egen sykdom. Empowerment kan defineres som en personlig prosess, og en kontroll over det som påvirker helsen (Finbråten, 2018, s. 99). Hjemmet styrker også brukermedvirkningen. I hjemmet er det helsepersonell som er gjest og brukeren som er hjemme. Behandlingen skjer på pasientens arena, og akkurat derfor blir også pasienter og pårørendes behov satt i fokus (Birkeland & Flovik, 2018, s. 13). Hjemmet lyser muligheten til å være med venner og familie, samt til å gjøre de tingene en selv ønsker; hobbyer, hverdagslige aktiviteter med mer. Noe som kan være utfordrende utenfor hjemmet (Birkeland & Flovik, 2018, s. 186). Det gir en ro, og en høytidelig stemning. Kari Martinsen (2005, s.261-262) fremmer ro og stillhet som vesentlig viktig for lindrende omsorg.

Konklusjon

Jeg konkluderer med at ulik bruk av kartleggingsmetode er ettertraktet, og at brukerens evne til fysiske aktiviteter og dagligdagse oppgaver kan gi god indikasjon på smertenivå. En bør tilpasse kartleggingen individuelt fra bruker til bruker. Økt kontinuitet i personalet gir både bedre relasjon og tillit, i tillegg bidrar det til at sykepleier kan observere bruker over tid. Pårørende er en god ressurs å bruke i smertekartleggingen i hjemmet da de kjenner brukeren godt.

Det er et ønske fra samtlige sykepleiere å få bedre kompetanse innen smertelindring. Dette i form av kurs, tilgang til kreftsykepleier, palliativt team og rom for å tilegne seg faglig kunnskap på arbeidsplassen. Samarbeid og bruk av kolleger og profesjoner på arbeidsplassen øker kompetansen og reduserer usikkerheten.

Studiene viser at smertelindringen ikke er tilstrekkelig nok. Utprøvelse og kombinasjon av ulike behandlingsmetoder ser ut til å være effektivt. Et mål om total smertefrihet er ikke alltid realistisk, men et håp om å være bedre smertelindret kan være en god holdning. Gjensidig tillit og god opplæring kan bidra til at bruker blir mer selvstendig og kan ta del i behandlingen. Tverrfaglig samarbeid med fastlege, bruker, pårørende, sykepleier og andre instanser er viktig. God planlegging vil føre til en ryddig og tryggere start på behandlingsforløpet for både bruker og ansatte. Overgangen og kommunikasjonen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten har forbedringspotensialet.

Å tilbringe den siste tiden av livet i hjemmet er et stort ønske for mange. Hjemmet bidrar til kontroll over egen sykdom og mestring i hverdagen. Muligheten for å bedrive egne aktiviteter og hobbyer er mer tilstede. Og siden sykepleier er gjesten i hjemmet, kommer pårørende og brukerens behov ekstra godt frem i søkelyset.

Kilder

- Bertelsen, B., Hornslien, K. & Thoresen, L. (2016). Svulster. I S. Ørn & E. Bach-Gasmo (Red.), *Sykdom og behandling* (s. 127-150). Gyldendal.
- Birkeland, A. & Flovik, A. M. (2018). *Sykepleie i hjemmet*. (3.utg.) Cappelen Damm.
- Bjørk, I. T. & Breievne, G. (2016). Kropp og velvære. I N. J. Kristoffersen., F. Nortvedt., E.-A. Skaug. & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Grunnleggende behov* (s. 13-37). Gyldendal.
- Brodtkorb, K. & Ranhoff, A. H. (2018). Helsetjenester til eldre. I M. Kirkevoll., K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie* (s. 197-208). Gyldendal.
- Christoffersen, L., Johannessen, A., Tufte, P. A. & Utne, I. (2015). *Forskningsmetode for sykepleierutdanningene*. Abstrakt Forlag.
- Danielsen, A., Berntzen, H. & Almås, H. (2016). Sykepleie ved smerter. I D.-G. Stubberud, R. Grønseth & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie 1* (s. 381-423). Gyldendal.
- 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, 95. <https://doi.org/10.1186/s12904-018-0350-0>
- Dalland, O. (2014). *Metode og oppgaveskriving*. (5.utg.) Gyldendal.
- Den Norske Legeforening. (2009, 3. april). *Retningslinjer for smertelindring*. <https://www.legeforeningen.no/contentassets/6d9a7062741b4ef397e6868a31b88dc0/smertelindringshefte-retningslinjer.pdf>
- Finbråten, H. S. (2018). Health literacy I helsefremmende sykepleie. I Å. Gammersvik & T. B. Larsen (Red.), *Helsefremmende sykepleie: i teori og praksis* (s. 86-110). Fagbokforlaget.
- Folkehelseinstituttet. (2020). *Dødsfall av svulster etter kjønn, alder og dødsårsak*. Alle aldersgrupper, begge kjønn, 1996-2019 (Statistikk). <http://statistikkbank.fhi.no/dar/>
- Folkehelseinstituttet. (2020). *Dødsårsak etter dødssted og dødsårsak*. Alle aldersgrupper, begge kjønn, 1951-2019 (Statistikk). <http://statistikkbank.fhi.no/dar/>
- Gibbins, J., Bhatia, 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>
- Grov, E. K. (2018). Pleie og omsorg ved livets slutt. I M. Kirkevoll., K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie* (s. 522-537). Gyldendal.

- Helsebergen. (2020, april). *De 4 viktigste medikamenter for lindring i livets slutfase*. [https://helsebergen.no/seksjon/KLB/Documents/Medikamentskrin/De fire viktigste medikamentene.pdf](https://helsebergen.no/seksjon/KLB/Documents/Medikamentskrin/De_fire_viktigste_medikamentene.pdf)
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell*. (LOV-1999-07-02-64). Lovdata. [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64#KAPITTEL 2](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64#KAPITTEL_2)
- Helse -og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester*. (LOV-2011-06-24-30). Lovdata. [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30?q=kommunehelsetjenesteloven#KAPITTEL 13](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30?q=kommunehelsetjenesteloven#KAPITTEL_13)
- Higginson, I. J. & Sen-Gupta, G. J. (2000). Place of care in advanced cancer: a qualitative systematic literature review of patient preferences. *Journal of Palliative Medicine*, 3(3), 287-300. <https://doi.org/10.1089/jpm.2000.3.287>
- Hui, D., Park, M., Shamieh, O., Paiva, C. E., Perez-Cruz, P. E., Muckaden, M. A., & Bruera, E. (2016). Personalized symptom goals and response in patients with advanced cancer. *Cancer*, 122(11), 1774–1781. <https://doi.org/10.1002/cncr.29970>
- Ingstad, K. (2018). *Sosiologi i sykepleie og helsearbeid*. Gyldendal.
- Kreftforeningen. (2020, 23. oktober). *Hva er kreft?* <https://kreftforeningen.no/om-kreft/hva-er-kreft/>
- Kreftforeningen. (2020, 25. november). *Om døden*. <https://kreftforeningen.no/rad-og-rettigheter/doden/om-doden/>
- Kreftforeningen. (2020, 27. august). *Smerte*. <https://kreftforeningen.no/rad-og-rettigheter/smerte/>
- Martinsen, K. (2005). Sårbarheten og omveiene. I D. Bugge, P.R. Böwat & P. A. Sørensen (Red.), *Løgnstups mange ansigter* (s. 255-270). ANIS.
- Martinsen, K. (2015). *Løgstrup og sykepleien*. Akribe.
- McPherson, C. J., Hadjistavropoulos, T., Lobchuk, M. M., & Kilgour, K. N. (2013). Cancer-related pain in older adults receiving palliative care: patient and family caregiver perspectives on the experience of pain. *Pain research & management*, 18(6), 293–300. <https://doi.org/10.1155/2013/439594>
- Meld. St. 47 (2008-2009). *Samhandlingsreformen: Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Helse -og omsorgsdepartement. <https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>

- Molnes, S. I. (2014). Sykepleieres erfaringer med smertelindring til hjemmeboende kreftpasienter. *Nordisk Sygeplejeforskning*, 4(2), 142-155.
https://www.idunn.no/nsf/2014/02/sykepleieres_erfaringer_medsmertelindring_til_hjemmeboende
- 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#KAPITTEL_3
- Thidemann, I.-J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: den lille motivasjonsboken innen akademisk oppgaveskrivingskriving*. Universitetsforlaget.
- Torvik, K. & Bjørø, K. (2014). Eldre, helse og hjelpebehov. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie* (s. 390-405). Gyldendal.
- Torvik, K. Kaasa, S., Kirkevold, Ø. & Rustøen, T. (2009). Pain in patients living in Norwegian nursing homes. *Palliative Medicine*.
<https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0269216308098800>

Vedlegg I



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
<hr/>												
Ingen slapphet <i>(slapphet = mangel på krefter)</i>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Verst tenkelig slapphet
<hr/>												
Ingen døsighet <i>(døsighet = å føle seg søvnig)</i>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Verst tenkelig døsighet
<hr/>												
Ingen kvalme	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Verst tenkelig kvalme
<hr/>												
Ikke nedsatt matlyst	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Verst tenkelig nedsatt matlyst
<hr/>												
Ingen tung pust	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Verst tenkelig tung pust
<hr/>												
Ingen depresjon <i>(depresjon = å føle seg nedstemt)</i>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Verst tenkelig depresjon
<hr/>												
Ingen angst <i>(angst = å føle seg urolig)</i>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Verst tenkelig angst
<hr/>												
Best tenkelig velvære <i>(velvære = hvordan du har det, alt tatt i betraktning)</i>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Verst tenkelig velvære
<hr/>												
Ingen _____ Annet problem (f.eks. forstoppelse)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Verst tenkelig _____

Vedlegg II

Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie:

Er formålet med studien klart formulert?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- **Hva ville forskerne finne svar på (problemstilling)?**
Sette søkelys på smertelindringen til hjemmeboende kreftpasienter, og hvordan sykepleiere beskriver egen praksis knyttet til smertelindring.
- **Hvorfor ville de finne svar på det?**
For å oppnå kvalitetsforbedring i tjenestene.
- **Er problemstillingen relevant?**
Ja, den passer godt til oppgaven da den ser på nåværende smertelindring i hjemmesykepleien og setter søkelys på hva som kan gjøre kvaliteten enda bedre.

Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- **Har studien som mål å forstå og belyse, eller beskrive fenomen, erfaringer eller opplevelser?**

Ja.

Er utformingen av studien hensiktsmessig for å finne svar på problemstillingen?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- **Er valg av forskningsdesign begrunnet? Har forfatterne diskutert hvordan de bestemte hvilken metode de skulle bruke?**

Studien har et utforskende design, som preges av fleksibilitet og et mål om å studere problemstillingen i naturlige, reelle omgivelser.

Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?

Ja – Nei – Uklart

- **Er det gjort rede for hvem som ble valgt ut og hvorfor?**
Ja, 10 sykepleiere fra 3 forskjellige omsorgsdistrikt i Midt-Norge.

- **Er det gjort rede for hvordan de ble valgt ut (utvalgsstrategi)?**
Det ble sendt mail til distriktsledere om det var ønske fra sykepleiere om å delta. Og distriktslederne valgte ut aktuelle sykepleiere med erfaring innen smertelindring.
- **Er det diskusjon omkring utvalget, for eksempel hvorfor noen valgte å ikke delta?**
Inklusjonskriterier: jobbet innen hjemmesykepleie i minst et.
- **Er det begrunnet hvorfor akkurat disse deltagerne ble valgt?**
- **Er karakteristika ved utvalget beskrevet (for eksempel kjønn, alder, sosioøkonomisk status)?**
Kun yrke er beskrevet.

Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?

Ja – Nei – Uklart

- **Ble valg av setting for datainnsamlingen begrunnet?**
Intervju individuelt i fra 50-90minutter. Bruk av lydopptak.
- **Går det klart frem hvilke metoder som ble valgt for å samle inn data? For eksempel intervjuer (semistrukturerte dybdeintervjuer, fokusgrupper), feltstudier (deltagende eller ikke-deltagende observasjon), dokumentanalyse, og er det begrunnet hvorfor disse metodene ble valgt?**
Individuelle intervjuer. Det ble brukt halvstrukturert intervjuguide. Begrunnelse for valg av metode er ikke med i datasamlingen.
- **Er måten dataene ble samlet inn på beskrevet, for eksempel beskrivelse av intervjuguide?**
Det ble stilt de samme spørsmålene til alle sykepleierne, med oppfølgingsspørsmål der det var nødvendig.
- **Er metoden endret i løpet av studien? I så fall, har forfatterne forklart hvordan og hvorfor?**
Nei
- **Går det klart frem hvilken form dataene har (for eksempel lydopptak, video, notater)?**
Lydopptak.
- **Har forskerne diskutert metning av data?**
Nei.

Ble det gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Har forskeren vurdert sin egen rolle, mulig forutinntatthet og påvirkning på:
 - a. utforming av problemstilling
 - b. datainnsamling inkludert utvalgsstrategi og valg av setting

- c. analyse og hvilke funn som presenteres
- På hvilken måte har forskeren gjort endringer i utforming av studien på bakgrunn av innspill og funn underveis i forskningsprosessen?

Er etiske forhold vurdert?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- **Er det beskrevet i detalj hvordan forskningen ble forklart til deltagerne for å vurdere om etiske standarder ble opprettholdt?**
Ja.
- **Diskuterer forskerne etiske problemstillinger som ble avdekket underveis i studien? Dette kan for eksempel være knyttet til informert samtykke eller fortrolighet, eller håndtering av hvordan deltagerne ble påvirket av det å være med i studien.**
Ja, respondentene ble informert om studiens hensikt, samtykkeerklæring, og at de når som helst i studien kunne trekke seg.
- **Dersom relevant, ble studien forelagt etisk komité?**
Vurdert og godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste.

Går det klart frem hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?

Ja – Nei – Uklart

- **Er det gjort rede for hvilken type analyse som er brukt, for eksempel grounded theory, fenomenologisk analyse, etc.?**
Nei.
- **Er det gjort rede for hvordan analysen ble gjennomført, for eksempel de ulike trinnene i analysen?**
Ja, alle sykepleierne fikk 3 åpne spørsmål å svare på, og det var forskjellig grad av svar og behov for oppfølgingsspørsmål.
- **Ser du en klar sammenheng mellom innsamlede data, for eksempel sitater og kategoriene som forskerne har kommet frem til?**
Ja.
- **Er tilstrekkelige data presentert for å underbygge funnene? I hvilken grad er motstridende data tatt med i analysen?**
Kunne vær noe mer bakgrunnsdata om smertekartlegging og økende behov for kompetanseheving. Og hva brukerne ønsker å få ut av smertelindringen.

Basert på svarene dine på punkt 1–8 over, mener du at resultatene fra denne studien er til å stole på?

Ja – Nei – Uklart

Del B: Hva er resultatene?

Er funnene klart presentert?

Ja – Nei – Uklart

- **Er det gjort forsøk på å trekke inn andre kilder for å vurdere eller underbygge funnene?**

Ja.

- **Er det tilstrekkelig diskusjon om funnene både for og imot forskernes argumenter?**

Ja.

- **Har forskerne diskutert funnenes troverdighet (for eksempel triangulering, respondentvalidering, at flere enn en har gjort analysen)?**

Ja.

- **Er funnene diskutert opp mot den opprinnelige problemstillingen?**

Ja.

Del C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

Hvor nyttige er funnene fra denne studien?

- **Har forskerne diskutert studiens bidrag med hensyn til eksisterende kunnskap og forståelse, vurderer de for eksempel funnene opp mot dagens praksis eller relevant forskningsbasert litteratur?**

Funnene blir vurdert opp til dagens praksis. Konkluderer med at kompetansen varierer som igjen fører til at smertelindringen blir mangelfull. Studien retter fokus på bedre symptomlindring og kommunikasjon med pårørende, sykepleier og lege.

Funnene viser at sykepleieren kliniske erfaringer samsvarer med annet klinisk forskning og styrker argumentet om å prioritere smertelindring hos kreftpasienter.

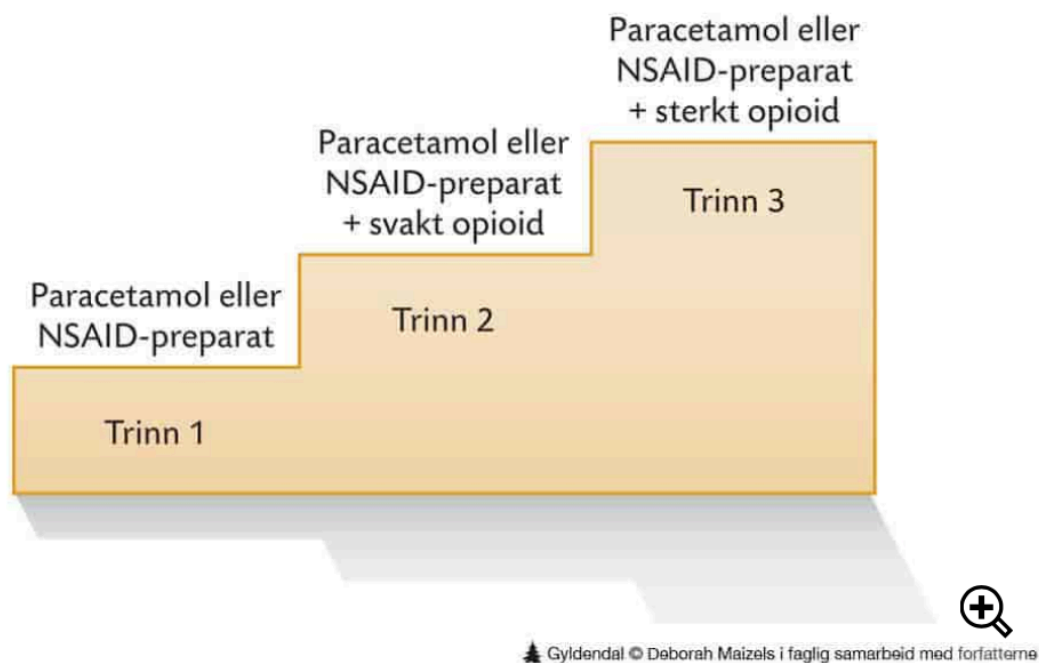
- **Har studien avdekket behov for ny forskning?**

Nei.

- **Har forskerne diskutert om, og eventuelt hvordan, funnene kan overføres til andre populasjoner eller andre måter forskningen kan brukes på?**

Ja - for at praksisfeltet skal holde seg oppdatert må det utvikles gode publikasjonskanaler som gjør det enkelt for praksisfelt å finne relevant forskning. Det er nødvendig med mer undervisning i grunnutdanningen

Vedlegg III



WHO's smertetrapp