



Høgskulen på Vestlandet

Bacheloroppgave

SYKB390-O-2023-VÅR-FLOWassign

Predefinert informasjon

Startdato:	03-05-2023 12:00 CEST	Termin:	2023 VÅR
Sluttdato:	12-05-2023 14:00 CEST	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Bacheloroppgave		
Flowkode:	203 SYKB390 1 O 2023 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.:	240
---------------------	-----

Informasjon fra deltaker

Antall ord *:	7805
----------------------	------

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:	61
Andre medlemmer i gruppen:	268

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



BACHELOROPPGAVE

Sykepleiers erfaringer med smertelindring til hjemmeboende kreftpasienter i palliativ fase

Nurses experiences with pain relief to cancer patients living at home in the palliative phase

Kandidatnummer: 240, 268

Bachelor i sykepleie

Fakultet for helse- og sosialvitenskap

Innleveringsdato: 12.05.2023

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-*

Abstract

Background: Cancer is a widespread disease, and it is expected that the incidence of cancer will increase. Palliative cancer patients experience pain as the most dominant symptom. More and more patients want to spend their final days at home, which has led to an increased focus on home nursing in recent years. This has led to an increased responsibility for home nurses, who are faced with increasingly ill patients, including palliative cancer patients.

Aim: The aim of this literature study, is to shed light on the experiences that nurses have with pain relief for cancer patients living at home in the palliative phase. Additionally we will also examine the significance it has on the pain relief that the patients receive.

Method: We have conducted a literature study that includes four qualitative articles and one quantitative article.

Results: The findings of this literature study show that nurses had a lack of trust in their own assessments of the patients symptoms. Nurses also reported challenges and a lack of knowledge when it came to administering pain relief medication in the home setting. Resource constraints and limited time with each patient were also identified as a challenge for the nurses.

Conclusion: Nurses who work in home care require more knowledge and competence when it comes to pain relief for palliative cancer patients at home. The lack of competence and knowledge resulted in poor pain assessment, and patients were undertreated because the nurses did not feel confident in administering opioids. Nurses' experiences were shown to be crucial for effective pain management at home. Good interdisciplinary collaboration was also essential for successful pain management at home. It was also found that pain assessment tools were a helpful aid in assessing and evaluating the patient's pain.

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning.....	5
1.1 Bakgrunn for valg av tema	6
1.2 Problemstilling	6
1.3 Hensikt	6
1.4 Avgrensning av oppgaven	6
2.0 Bakgrunn med teoretisk perspektiv	6
2.1 Kreft	6
2.2 Smerter ved kreftsykdom	7
2.3 Ansvar i hjemmesykepleien	8
2.4 Palliativ behandling i hjemmet	8
2.5 Sykepleiers kunnskap og erfaring	10
2.6 Sykepleiers funksjon ved smertelindring	10
2.7 Medikamentell behandling ved kreft.....	11
3.0 Metode	12
3.1 Design	12
3.2 Søkeprosess	13
3.3 Kritisk vurdering av artikler.....	15
3.4 Analyse og syntese.....	16
3.5 Ethiske overveielser	16
4.0 Resultater	17
4.1 Kunnskap og kompetansemangel	17
4.2 Mangelfull kartlegging og smertevurdering	18
4.3 Usikkerhet ved administrering av medikamenter	19
4.4 Tverrfaglig samarbeid	19
5.0 Diskusjon	20
5.1 Kartlegging av smerter	20
5.2 Medikamentell behandling i hjemmet.....	22
5.3 Tverrfaglig samarbeid	24

5.4 Ressursmangel	27
5.5 Metodediskusjon	28
6.0 Konklusjon og implikasjoner for praksis	29
7.0 Referanseliste	30
8.0 Vedlegg.....	36
Vedlegg 1- Litteraturmatrise.....	36
Vedlegg 2: Søkehistorikk.....	39

Tabeller

Tabell 1 – PICO	13
Tabell 2 – Inklusjon og eksklusjonskriterier	15
Tabell 3 – Sammenfatning av resultater	17

1.0 Innledning

Kreft er en sykdom som rammer stadig flere mennesker (Kreftregisteret, 2022), og i Norge er det mer enn 35 500 som diagnostiseres med kreft årlig (FHI, 2022). Antallet forventes å stige på grunn av økende levealder (FHI, 2022). Stadig flere overlever sin kreftdiagnose, men det er fortsatt mange som dør av sykdommen (Kreftregisteret, 2022). I 2020 var det 10.953 personer som døde av kreft i Norge (Raknes & Sveen, 2022). Kreft rammer særlig eldre, der 3 av 4 tilfeller sees hos menn og kvinner over 60 år (kreftregisteret, 2022).

Pasienter med uhelbredelig kreftsykdom har ofte mange plager, hvor smerte gjerne er mest dominerende og som pasientene frykter mest vil øke (Kreftforeningen. u.å). Over halvparten av kreftpasienter opplever eller gir uttrykk for smerter (kreftforeningen, 2022b). Ifølge Helsedirektoratet (2019) er det fortsatt mange kreftpasienter som ikke mottar tilstrekkelig smertebehandling, og spesielt pasienter med metastaser og kort forventet levetid. Når kreftsykdommen ikke lengre kan helbredes endres målet til palliativ behandling (Lorentsen & Grov, 2017, s. 423).

Stadig flere mottar hjemmesykepleie (Bergsagel, 2020), og flere pasienter ønsker å dø hjemme (Johansen, 2021). For at det skal være mulig må det tilrettelegges og planlegges i god tid (Kreftforeningen, 2022c). Som sykepleier er det viktig å møte ønskene og behovene til pasienter med kreft i palliativ fase (kreftforeningen, 2022c). I pasient- og brukerrettighetsloven (1999, §3-1) står det at pasienten har rett til medvirkning av gjennomføring av helse- og omsorgstjenester. Ifølge kreftforeningen (u.å.) er det viktig at pasienten kan få muligheten til å tilbringe sin siste tid i hjemmet dersom pasienten ønsker det.

Sykepleieren sin rolle står sentralt når det kommer til å lindre pasientens smerter, blant annet ved å holde seg faglig oppdatert, kartlegge og vurdere smerten (Sandvik & Rustøen, 2020). Flere tiltak er viktig for å redusere forekomsten av smerte, og bedre kompetansen og kunnskapen blant helsearbeidere er viktig (Sandvik & Rustøen, 2020). På ulike områder erfarer sykepleiere at usikkerhet rundt egen rolle og kompetanse påvirker og utfordrer sykepleieutøvelsen (Svellingen, 2022).

1.1 Bakgrunn for valg av tema

I hjemmesykepleien har man begrenset tid hos hver enkelt pasient og står som oftest i situasjoner alene. Gjennom praksis og jobb har vi møtt kreftpasienter i den palliative fasen som ikke har vært tilstrekkelig smertelindret, og vår oppfattelse er at smertelindring er viktig for å bedre livskvaliteten. Pasientene som mottar hjemmesykepleie har ikke sykepleiere rundt seg til enhver tid, noe som vi tenker kan føre til at pasientene ikke får den smertelindringen de har behov for, eller at pasient og pårørende ikke får den oppfølgingen de trenger.

1.2 Problemstilling

“Hvilke erfaringer og opplevelser har sykepleiere med smertelindring til hjemmeboende kreftpasienter i palliativ fase?”

1.3 Hensikt

Hensikten med vår oppgave er å belyse sykepleieres opplevelser og erfaringer når de skal gi medikamentell smertelindring til hjemmeboende kreftpasienter i den palliative fasen. Videre skal vi også se på hvilken betydning det har for smertelindringen pasientene får.

1.4 Avgrensning av oppgaven

Vi har valgt å avgrense oppgaven vår til sykepleiere sine opplevelser og erfaringer med medikamentell smertelindring til kreftpasienter i palliativ fase. Videre skal vi ta for oss pasienter som ønsker å tilbringe sin siste tid i hjemmet og som bor sammen med pårørende. Vi har ikke valgt ut en spesiell krefttype, så alle krefttyper er inkludert. Vi velger å utelukke barn i oppgaven og skal ta for oss voksne og eldre pasienter.

2.0 Bakgrunn med teoretisk perspektiv

2.1 Kreft

Kreft er samlebetegnelse på rundt 200 ulike kreftformer (Kreftforeningen, 2022a). Ved kreft har det oppstått en mutasjon i cellens arvestoff, slik at celler begynner å dele seg ukontrollert og ikke klarer å utføre sine normale oppgaver (Lorentsen & Grov, 2016, s. 399).

Som følge av at kreftcellene fortsetter å dele seg, vil det oppstå en opphopning av kreftceller i organet hvor den ukontrollerte veksten startet, og det dannes en kreftsvulst (Lorentsen & Grov, 2016, s. 399). Kreftcellene kan spre seg til andre deler av kroppen og vokse seg inn i andre organer, for eksempel via blodet eller lymfesystemet (Lorentsen & Grov, 2016, s.399). Pasienten kan oppleve flere ulike symptomer, og de varierer ut ifra hvilken krefttype man har (Kreftforeningen, 2022a).

Årsaken til kreft er det fortsatt mye usikkerhet rundt (Kreftforeningen, 2022a). Ulike faktorer som miljø, arv og livsstil kan bidra til å øke risiko for visse kreftformer, i tillegg til risikofaktorer som tobakksbruk, sol, alkohol, usunt og dårlig regulert kosthold (Kreftforeningen, 2022a). Ifølge NHI (2021) er de vanligste kreftformene prostatakreft blant menn, brystkreft blant kvinner, og deretter lungekreft, tykktarmskreft og hudkreft hos begge kjønn.

2.2 Smerter ved kreftsykdom

“Smerte er en ubehagelig sensorisk og emosjonell opplevelse som følge av faktisk eller potensiell vevsødeleggelse” (Helsedirektoratet, 2019). Smerte er en subjektiv opplevelse, og bare pasienten selv kan beskrive hvordan smerten føles, intensiteten og varigheten på smerten (Ndla, 2021). Mange opplever en dyp ensomhet i smertene sine, da det er vanskelig å beskrive smertene til andre og opplevelsen rommer mer smerte enn det som kan uttrykkes med ord (Danielsen et al., 2016, s. 383).

Oppsummert forskning viser at det er høy forekomst av kreft smerter (Portenoy & Dhingra, 2022). Smerte blant kreftpasienter er en kompleks tilstand som påvirkes av flere ulike faktorer, inkludert krefttypen og dens omfang, samt behandlingsforløpet (Portenoy & Dhingra, 2022). Rundt halvparten av alle kreftpasienter opplever smerter, og 70-80% av palliative kreftpasienter har behandlingskrevende smerter (Lorentsen & Grov, 2016, s. 402). Det er ofte pasienter som er i lindrende fase som har flere plager, og det kan skyldes at det ofte er en kombinasjon av flere ulike typer smerte (kreftforeningen, u.å). For eksempel nociceptive smerter, som oppstår ved skade i vevet eller som følger av svulst, nevrologiske smerter som oppstår på grunn av skader i nervesystemet etter strålebehandling og kirurgi,

eller psykogen smerte, som påvirkes av psykologiske faktorer (Kreftforeningen, 2022b; NHI, 2022).

2.3 Ansvar i hjemmesykepleien

Hjemmesykepleie vil si all sykepleie som utføres i pasientens hjem (Birkeland & Flovik, 2018, s. 15). «Det overordnede målet til hjemmesykepleien er at pasientene skal mestre hverdagen i sitt eget hjem så lenge det er forsvarlig og ønskelig» (Birkeland & Flovik, 2018, s. 15). For at helsehjelpen i hjemmesykepleien skal være forsvarlig må helsepersonell ha kunnskap om pasientens sykdomsbilde og hvordan det påvirker pasientens livssituasjon, velvære og håp (Birkeland & Flovik, 2018, s. 16). Teoretisk kunnskap og klinisk erfaring har stor betydning for at sykepleiere skal kunne observere og iverksette de riktige tiltakene (Birkeland & Flovik, 2018, s. 16). Kunnskap og erfaring spiller også en viktig rolle for at sykepleiere kan kartlegge problemer før de oppstår, eller iverksette tiltak slik at pasientens sykdomsbilde ikke utvikler seg (Birkeland & Flovik, 2018, s. 16).

Etter at samhandlingsreformen ble innført i 2012 har hjemmesykepleien gått gjennom store endringer (Birkeland & Flovik, 2018, s. 18). Reformen sier at det vil bli utfordringer med en økende befolkning og endringer i sykdomsbildet i årene som kommer (Birkeland & Flovik, 2018, s. 18). Det vil bli flere pasienter med kroniske og sammensatte sykdomstilstander, som kreft, og det er forventet at veksten i helse- og omsorgstjenestene skal håndteres i kommunen (Birkeland & Flovik, 2018, s. 18). Samhandlingsreformen har økt kommunens ansvar for pasienter med større omsorgsbehov, og utskrivningsklare pasienter fra sykehuset skrives ofte ut til korttids plass eller hjemmesykepleien, inkludert de i den palliative fasen (Birkeland & Flovik, 2018, s. 19). Dette er med på å øke ansvaret sykepleierene har i hjemmesykepleien.

2.4 Palliativ behandling i hjemmet

Når pasienten ikke lenger har nytte av helbredende behandling endres målet til palliativ behandling (Lorentsen & Grov, 2016, s. 423). Verdens helseorganisasjon (WHO) definerer palliasjon slik:

“Palliativ behandling, pleie og omsorg er en tilnæringsmåte som har til hensikt å forbedre livskvaliteten til pasienter og deres familier i møte med livstruende sykdom, gjennom forebygging og lindring av lidelse, ved tidlig identifisering, grundig kartlegging, vurdering og behandling av smerte og andre problemer av fysisk, psykososial og åndelig art” (WHO, 2020, 5.august).

Å være hjemme den siste tiden kan for mange føles naturlig og være avgjørende for en god avslutning på livet (Hoem et al., 2022). Det krever god planlegging og tilrettelegging (Birkeland & Flovik, 2018, s. 188). Det må organiseres slik at pasienten og pårørendes behov for legetilsyn, helsehjelp og omsorg blir forutsigbart (Birkeland & Flovik, 2018, s.188). Ved palliativ behandling i hjemmet er tverrfaglig samarbeid helt nødvendig, da det krever samarbeid mellom flere ulike yrkesgrupper (Birkeland & Flovik, s. 191). “Tverrfaglig samarbeid betyr at flere yrkesgrupper samarbeider for å ivareta pasienter med sammensatte behov” (Helsedirektoratet, 2023). Disse yrkesgruppene kan for eksempel inkludere ambulanseteam knyttet til sykehus, ergoterapeut, fastlege, prest, psykolog og avlastningstjeneste for pårørende, i tillegg til ansatte i hjemmesykepleien (Birkeland & Flovik, 2016, s.188).

Sykepleieren er den personen som kommer nærmest pasienten og deres pårørende, og blir mest involvert i deres situasjon (Birkeland & Flovik, 2018, s. 191). Palliative pasienter i hjemmesykepleien bør ha en ansvarlig sykepleier som tilpasser hjelpen ut ifra ønsker og behov (Birkeland & Flovik, 2018, s. 191). I tillegg til kreftsykdommen kan de ha andre plager, som tap av fysiske funksjoner, økt hjelpebehov, angst og akutte tilstander (Birkeland & Flovik, 2018, s. 188). Som sykepleier skal man ivareta pasientens fysiske pleie, inkludert smertelindringen, på en forsvarlig måte (Birkeland & Flovik, 2018, s. 192). Det er lovfestet i helsepersonelloven (1999, §4) at helsepersonell skal utøve arbeidet sitt ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner om krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp.

For å kunne dø hjemme er det viktig at pasienten selv ønsker det og at pasienten bor sammen med et voksent familiemedlem (Birkeland & Flovik, 2018, s. 188- 192). Sykepleieren har en sentral rolle i å gi veiledning og informasjon til pårørende om deres rolle og funksjoner, samt gi god informasjon om sykdomsforløp, behandlingen og forventet

sykdomsutvikling (Birkeland & Flovik, 2018, s. 188). For å oppnå god palliativ pleie i hjemmet er det avgjørende at det er en god kommunikasjon og gode relasjoner mellom sykepleieren, pasienten og pårørende (Hoem et al., 2022).

2.5 Sykepleiers kunnskap og erfaring

Gjennom erfaring opparbeider sykepleieren seg kunnskap som trengs for å kunne observere pasientens behov (Kristoffersen et al., 2016, s. 154). Praktisk kunnskap er den kunnskapen som uttrykkes i handlinger, vurderinger, bedømmelse og skjønn. Det er kroppslig og forutsetter personlig erfaring, og kan kun læres og utøves i førsteperson (Kristoffersen et al., 2016, s. 154).

Florence Nightingale var en britisk sykepleier og samfunnsreformator og regnes for å være grunnleggeren av den moderne sykepleien (Simensen, 2020). Florence Nightingale mente at iakttakelsesevne var nødvendig for å pleie syke, og at sykepleiere ikke ville være nyttige uten denne evnen (Kristoffersen et al., 2016, s. 154). Hun mente «Den viktigst praktiske kunnskap som kan gis sykepleiere, er å lære hva som skal observeres, hvordan man observerer, hvilken symptomer som indikerer bedring og hvilke det motsatte, hvilken symptomer som er viktige, hvilken som ikke er det, hva det er som røper dårlig pleie og hvilken form for dårlig sykepleie» (Nightingale 2003, s. 105). Sykepleieren har ansvar for å kartlegge disse områdene når en pasient blir innlagt, i sykdomsforløpet og uansett hvor pasienten befinner seg (Kristoffersen et al., 2016, s. 154).

2.6 Sykepleiers funksjon ved smertelindring

Sykepleieren har en viktig rolle når det kommer til smertelindring og har et stort ansvar for å lindre pasientenes smerter (Danielsen et al., 2016, s. 382). I yrkesetiske retningslinjer for sykepleie står det at "Sykepleieren har ansvar for å yte omsorgsfull hjelp og lindre lidelse" (Norsk sykepleierforbund, u.å.). Målet med smertebehandlingen er å lindre smerten og at pasienten skal få så god livskvalitet som mulig (Legeforeningen, 2009). Ifølge Haugan (2020) handler livskvalitet om personens subjektive opplevelse av mening og tilfredshet i sitt eget liv, der god livskvalitet kan føre til bedre fysisk og psykisk helse.

Kartlegging og vurdering av smerten er avgjørende for å kunne gi tilfredsstillende smertelindring og skaper et grunnlag for planlegging og iverksetting av individuell smertebehandling (Danielsen et al., 2016, s. 390). Som sykepleier trenger man informasjon om smertens lokalisasjon, kvalitet, intensitet, variasjon og varighet (Danielsen et al., s. 388). Smertekartleggingen er en viktig faktor for at sykepleieren kan finne ut hva som må settes i verk for å lindre pasientens smerter og hva som forsterker dem (Danielsen et al., s. 388). Fysiologiske tegn på smerte kan være synlige og vises som høyt blodtrykk, hurtig puls, svette, utvidede pupiller og hurtig respirasjonsfrekvens (Danielsen et al., 2016, s. 389). Atferdsmessige reaksjoner på smerte kan være at pasienten snakker om smerten, har fokus på smerten, økende muskelspenninger, at pasienten ynker seg eller gråter og tar på stedet smerten ligger (Danielsen et al., 2016, s.389).

Sykepleiere kan ta i bruk VAS (visuell analog skala) og ESAS (Edmonton Symptom Assessment System) som hjelpemidler ved smertekartlegging (Lorentsen & Grov, 2016, s. 410). Kartleggingsskjemaet ESAS kartlegger flere symptomer samtidig, og er en kvalitetsindikator for palliativ behandling i Norge (Lorentsen & Grov, 2016, s. 410). Skjemaet kan også brukes hos andre pasienter som har andre diagnoser (Lorentsen & Grov, 2016, s. 410). ESAS inkluderer symptomer som pasienter med kreftsykdommer opplever, for eksempel smerte, slapphet, døsigheit, kvalme, dårlig matlyst, depresjon, angst og tung pust (Lorentsen & Grov, 2016, s. 410). Skjemaet er enkelt og raskt å bruke, og har en skala fra 0 til 10, der 0 er ingen plager og 10 er verst tenkelige plager (Lorentsen & Grov, 2016, s. 410). VAS- skalaen er et kartleggingsverktøy som brukes for å uttrykke smerteintensiteten fra 0-10, der 0 er ingen smerte og 10 er verst tenkelig smerte (Malt, 2022). VAS er et enkelt og lett verktøy for å vurdere pasientens smerte og plager over tid.

2.7 Medikamentell behandling ved kreft

Kreftmerter behandles ofte med opioider, enten svake opioider som kodein og tramadol, eller sterke opioider som morfin, metadon, oksykodon og fentanyl (Danielsen et al., 2016, s. 396; Kreftforeningen, 2022b). Det finnes både langtidsvirkende og korttidsvirkende opioider (kreftforeningen, 2022b). Langtidsvirkende gir en stabil opioid dose i kroppen, og bør tas til faste tider. Korttidsvirkende kan man ta i tillegg til langtidsvirkende for å lindre eller forebygge smerter (kreftforeningen, 2022b). Smertebehandlingen må tilpasses hver enkelt

pasient og smertebildet kan forandre seg, så smertebehandlingen må evalueres underveis i sykdomsforløpet (kreftforeningen, 2022b). Sykepleier skal vurdere effekten av medikamentene (Danielsen et al., 2016, s. 388).

Ved bruk av opioider følger det ofte med en rekke bivirkninger (Slørdal, 2018). Opioider har en hemmende effekt på sentralnervesystemet som kan føre til respirasjonshemming, hemmet hosterefleks og dårlig søvn (Slørdal, 2018). Samtidig kan også opioidene ha en stimulerende effekt som kan gi kvalme og oppkast (Slørdal, 2018). Den glatte muskulaturen i tarmen påvirkes også, og kan forårsake obstipasjon (Slørdal, 2018, s. 331). Bivirkninger kan være forbigående eller behandles, og dersom plagene ikke går over, kan man bytte til annet medikament (kreftforeningen, 2022b). Kreftforeningen (2022b) sier også at opioider kan være avhengighetsskapende, men på grunn av hensikten å smertelindre er det en sjelden problemstilling hos denne pasientgruppen.

Samarbeid med fastlege og/eller smerteteam er nødvendig i sykdomsforløpet for å kartlegge og behandle smertene hos pasienten (kreftforeningen 2022b). Verdens helseorganisasjon (WHO) og International Association for the study of pain (IASP) har sammen utviklet en smertetrapp som brukes som et hjelpemiddel ved behandling av smerter (Lorentsen & Grov., 2016, s 412-413.). Smertetrappen består av 5 trinn. Vanligvis starter en med det nederste trinnet og øker oppover etter hvert som pasientene har behov for det. Trinnene innebærer forslag til smertelindrende legemidler (Lorentsen & Grov., 2016, s 412-413.).

3.0 Metode

“Metode er den systematiske fremgangsmåten du benytter for å samle inn informasjon og kunnskap for å belyse en problemstilling” (Thidemann, 2019, s. 74). Under metodekapittelet skal vi beskrive fremgangsmåten vi brukte for å finne svar på vår problemstilling.

3.1 Design

Opgaven vår er basert på en litteraturstudie. “En litteraturstudie er en studie som systematiserer kunnskap fra skriftlige kilder. Å systematisere innebærer å samle inn

litteratur, gå kritisk gjennom den og til slutt sammenfatte det hele” (Magnus & Bakketeig, 2000, referert i Thidemann, 2019, s. 77).

3.2 Søkeprosess

For å finne relevante studier til oppgaven har vi utført søk i Chinal, Ovid Medline, Svemed+ og Idunn sykepleieforskning. Vi begynte med å utarbeide en søkestrategi ved å lage et PICO-skjema, se tabell 1 nedenfor. Det er et verktøy som hjelper oss med å finne en klar og formulert problemstilling og søketermer (Helsebiblioteket, 2021a). PICO gir også struktur og klargjør spørsmålet for litteratursøk (Helsebiblioteket, 2021a).

Tabell 1 – PICO

P	I	C	O
Population/problem	Intervention	Comparator	Outcome
<ul style="list-style-type: none"> - Kreft - Kreftpasienter - Uhelbredelig kreft - Cancer* - Cancer patients - Neoplasm - Incurable cancer - Home health care - Home care nurses - Home care services 	<ul style="list-style-type: none"> - Sykepleier - Palliativ behandling - Terminal fase - Palliative care - End of life care - Terminal care - Nurs*role 		<ul style="list-style-type: none"> - Smertelindring - Lindre smerter - Pain management - Pain treatment - Pain relief - Pain control

Søkeordene fra PICO skjemaet har vi søkt med i ulike kombinasjoner ved å bruke de boolske operatørene “AND” og “OR”. Ved å kombinere søkeordene med “AND” får vi treff på

litteratur som inneholder begge søkeordene, og det bidrar til å spisse søket og redusere antall treff (Søk & skriv, 2022). Ved bruk av "OR" får vi treff som inneholder enten det ene eller det andre søkeordene, eller begge (Søk & skriv, 2022). Kombinasjonen bidrar til å utvide søket og gi oss flere treff (Søk & skriv, 2022). Se vedlegg 2 for søkehistorikk. Vi har også brukt trunkering når vi søker i databasene for å få med flere varianter av ordet. Som regel er trunkeringstegnet en stjerne (*) (Søk & skriv, 2022). Vi tok i bruk både tekstord og emneord.

Vi har benyttet oss av prinsipper fra kunnskapsbasert praksis for å gjøre systematiske søk. "Kunnskapsbasert praksis (KBP) er å ta faglige avgjørelser basert på systematisk innhentet forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og pasientens ønsker og behov i en gitt situasjon" (Helsebiblioteket, 2021b). Vi har brukt kunnskapspyramiden, som er en modell som er til hjelp når vi skal finne oppsummert forskning (Helsebiblioteket, 2017). I kunnskapspyramiden ligger kilder til oppsummert forskning øverst og kilder til enkeltstudier nederst. Vi begynte derfor søket vårt i UpToDate. Her søkte vi "Cancer pain assesment", og fant oppsummert forskning som ble brukt til å underbygge problemstillingen i teoridelen. Videre søkte vi i databaser som ligger lengre ned i kunnskapspyramiden, Chinal, Ovid medline og Svemed+. Her fant vi relevante forskningsartikler som er med på å besvare problemstillingen vår. Dette er databaser som er sykepleierrelaterte, og for å få svar på vår spesifikke problemstilling måtte vi søke lengre nede i kunnskapspyramiden. Inklusjons- og eksklusjonskriteriene vi har valgt for å få data fra nyere, relevante og pålitelige studier i oppgaven er presentert i tabell 1 nedenfor.

Tabell 2 - Inklusjon og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
<ul style="list-style-type: none"> - Artikler som er nyere enn 10 år gammel - Artikler som er fagfellevurdert - Artikler som er på engelsk, norsk, dansk og svensk - Pasienter som mottar palliativ behandling - Pasienter som har smerter - Pasienter som bor hjemme - Voksne og eldre pasienter 	<ul style="list-style-type: none"> - Artikler som omhandler barn under 18 år - Artikler som ikke omhandler sykepleierens perspektiv - Artikler som ikke omhandler kreft

Ved gjennomgang av litteratursøket fant vi fem artikler som passet inklusjonskriteriene. Artiklene var basert på fire kvalitative og en kvantitativ studie. Kvantitativ metode gir data i form av målbare enheter (Dalland, 2020, s. 54). Vi har valgt å inkludere 4 kvalitative studier da hensikten med kvalitativ metode er å innhente informasjon om meninger, opplevelser, tanker og erfaringer (Thidemann, 2019, s. 76). Med problemstillingen vår er det derfor viktig å bruke kvalitative data for å få fram sykepleiers opplevelser og erfaringer.

3.3 Kritisk vurdering av artikler

Kildekritikk handler om å finne fram til den litteraturen som best belyser problemstillingen, og å gjøre rede for den litteraturen en anvender i oppgaven (Dalland, 2020, s.143).

Kildekritikk betyr å vurdere og karakterisere at kildene en har funnet er pålitelige (Dalland, 2020, s.152). Å kritisk vurdere kilder er å bestemme relevans, styrke og begrensninger i den informasjonen man samler inn (Dalland, 2020, s.153).

Søk etter forskningsartikler er gjort via fagressurser på HVL bibliotek sine sider, og derfor anser vi de som pålitelige kilder. Artiklene vi har brukt har vi vurdert ut ifra IMRAD-

strukturen som er mye brukt for oppbygging av forskningsartikler (Dalland, 2020, s. 157). IMRAD står for introduksjon, metode, resultat og diskusjon (Dalland, 2020, s. 157). Vi har også brukt sjekklister på helsebiblioteket for å kritisk vurdere artiklene (Helsebiblioteket, 2021c). Da har vi blant annet vurdert om artiklene har en klar formulering og svarer på problemstillingen vår. Vi har også sett om vi kan stole på resultatene og om resultatene er relevante i vår oppgave (Helsebiblioteket, 2021c). Artiklene vi har valgt er også nyere enn 10 år, for å bidra til at resultatene fra inkluderte artikler skal være relevant for samtidens sykepleiepraksis.

3.4 Analyse og syntese

“Å analysere en tekst er å granske hva teksten forteller, og du tolker teksten for å forstå den” (Thidemann, 2019, s. 92). En syntese vil si sammenfatning der man forbinder enkelheter til en helhet (SNL, 2020). I oppgaven har vi brukt en litteraturmatrise til å presentere forskningsartiklene som er inkludert i oppgaven, se vedlegg 1. En litteraturmatrise er et godt hjelpemiddel som sammenstiller artiklene og noterer viktig informasjon fra hver artikkel. Det gir også en god oversikt over artiklene sammen (Thidemann, 2020, s. 95). Videre har vi syntetisert for å oppsummere funn fra de inkluderte artiklene.

3.5 Etiske overveielser

Etiske overveielser handler om å tenke over hvilke etiske utfordringer som kan oppstå i arbeidet (Dalland, 2020, s. 167). Det handler om planlegging, gjennomføring og rapportering av de studiene som er brukt, og bevare troverdigheten av resultatene (Dalland, 2020, s. 168). Forskningsetikk handler også om å ivareta personvern, anonymitet, integritet og sørge for at de som deltar i forskningen ikke blir påført skade eller unødvendige belastninger (Dalland, 2020 s. 168). I alle de inkluderte artiklene i oppgaven vår har deltakerne gitt skriftlig eller muntlig samtykke til å delta og hatt muligheten til å trekke seg fra studien når som helst.

4.0 Resultater

Gjennom søk og vurdering av artikler har vi valgt ut 5 artikler som svarer på problemstillingen vår. Vi skal nå sammenfatte resultatene etter hovedtemaene som går igjen i de inkluderte artiklene.

Tabell 3 – Sammenfatning av resultater

Kunnskap og kompetansemangel	(Hadjisavva et al., 2021; Molnes, 2014; Nordsveen & Andershed, 2015; Staats et al., 2018)
Mangelfull kartlegging og smertevurdering	(Hadjisavva et al., 2021; Ihleren & Sæteren, 2020; Molnes, 2014; Staats et al., 2018)
Usikkerhet ved administrering av medikamenter	(Hadjisavva et al., 2021; Molnes, 2014; Staats et al., 2018)
Tverrfaglig samarbeid	(Molnes, 2014; Nordsveen & Andershed, 2015; Staats et al., 2018)

4.1 Kunnskap og kompetansemangel

Fire av fem artikler tar for seg mangel på kunnskap og kompetanse hos sykepleierne. Sykepleierne følte ikke at de hadde tilstrekkelig kompetanse om smertelindring, og de savnet tilgang til faglig oppdatering (Molnes, 2014). Molnes (2014) beskrev i sine funn at arbeidsmengde, mangel på kompetanse og lite kursvirksomhet hindret sykepleiere i å kunne sette av tid til faglig oppdatering i arbeidstiden. Det ble også rapportert manglende kompetanse til å holde interne kurs (Molnes, 2014). Staats et al. (2018) påpekte at det var mangel på kompetanse ved bruk av medikamentsettet og sykepleierne opplevde at de trengte økt kompetanse i palliasjon og symptomlindring i terminalfasen.

Hadjisavva et al. (2021) gjennomførte en studie der de undersøkte kunnskapsnivået hos hjemmesykepleiere når det gjelder behandling av kreftsmarter. Det ble brukt et

spørreskjema og resultatene viste at kun 13 av 35 spørsmål ble besvart riktig av 80% av sykepleierne, og det var store forskjeller i kunnskapsnivået basert på alder og erfaring (Hadjisavva et al., 2021). Det ble avdekket en stor mangel på kunnskap når det gjaldt bruk av opioider, dosering, varighet og effekt (Hadjisavva et al., 2021). Studien understrekte behovet for kontinuerlig utdanning for hjemmesykepleiere når det gjelder vurdering og behandling av kreftsmarter (Hadjisavva et al., 2021).

Nordsveen & Andershed (2015) påpekte i sin studie at det var manglende kunnskap hos sykepleierne om organisering av tjenestenivåene, og spesielt ved rutinene for utskrivelse av pasient fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten (Nordsveen & Andershed, 2015). Resultatene viste at det var behov for forbedring i disse rutinene, da det kom frem i studien at flere pasienter kan mangle epikrise og medikamentoversikt ved utskrivelse til hjemmet (Nordsveen & Andershed, 2015).

4.2 Mangelfull kartlegging og smertevurdering

Fire av fem inkluderte artikler viste at sykepleierne hadde mangelfull kartlegging og smertevurdering. Sykepleierne i artikkelen til Staats et al. (2018) opplevde manglende tillit til egne symptomvurderinger og smerte hos pasientene. Det samme ble beskrevet i artikkelen til Hadjisavva et al. (2020) som viste at misoppfatninger blant sykepleierne om symptomer på kreftsmarter kunne føre til behandlingsvansker. Molnes (2014) belyste også dårlig kartlegging av smerte hos sykepleierne, og hvordan dette bidro til underbehandling av kreftsmarter (2014).

Sykepleiers erfaringer viste seg å være avgjørende for å vurdere og kartlegge smerter, der erfarne sykepleiere opplevde å ha større tillit til sine vurderinger enn mindre erfarne sykepleiere (Staats et al., 2018). I følge Staats et al. (2018) førte dårlig bemanning og tidsbegrensninger til begrenset mulighet til å kartlegge smerter hos pasientene. Molnes (2014) rapporterte også om utfordringer knyttet til tidspress og underbemanning, som førte til at sykepleierne ikke fikk kartlagt og fulgt opp pasienten sine smerter.

Sykepleierne i studien til Ihler & Sæteren (2020) mente at kartleggingsverktøyet ESAS var nyttig å bruke i sykehus, samtidig som det viste seg å være flere utfordringer. Sykepleierne

brukte ESAS forskjellig, noe som påvirket skjemaets formål og førte til varierende bruk (Ihler & Sæteren, 2020). I studien til Molnes (2014) kom det frem at kun 3 av 10 sykepleiere benyttet seg av ESAS og mente at det holdt å spørre pasienten om deres tilstand. Dårlig opplæring og mangel på kunnskap var årsaken til lite og varierende bruk av ESAS i begge studiene (Ihleren & Sæteren, 2020; Molnes, 2014). Sykepleierne mente at det var nødvendig med klare rutiner, opplæring og rutinemessig bruk for at ESAS skulle være hensiktsmessig (Ihleren & Sæteren, 2020).

4.3 Usikkerhet ved administrering av medikamenter

Tre av fem studier belyser sykepleiernes utfordringer med å administrere medikamenter i hjemmet. En av studiene viste at sykepleierne opplevde bruken av et medikeamentssett var nyttig i behandlingen av palliative kreftpasienter i hjemmet (Staats et al., 2018). Settet inneholdt 4 medikamenter, morfin, midazolam, haloperidol og glykopyrrolat, i tillegg til utstyr for subkutan administrering av aktuelle medikamenter (Staats et al., 2018). Sykepleierne opplevde imidlertid usikkerhet og utrygghet ved administrering av disse medikamentene, spesielt på nattevakt og når de var alene (Staats et al., 2018).

Flere sykepleiere i studien til Molnes (2014) var også tilbakeholdne med å gi smertestillende, blant annet morfin fordi de var redde for å gi for mye. I begge studiene var det utfordringer knyttet til å øke medisindosen (Molnes, 2014; Staats et al., 2018). Sykepleierne med mer erfaring følte seg mer trygge og hadde større tillit til egne vurderinger, og hadde ikke problemer med å øke dosen (Staats et al., 2018). Det kom også fram at sykepleierne med mindre erfaring ikke følte seg trygge til å vurdere behov for mer smertestillende eller andre medikamenter enn morfin, som førte til underbehandling av smerter (Staats et al., 2018). Manglende kunnskaper om opioider blant sykepleierne kunne føre til dårlige beslutninger ved administrering av smertestillende medikamenter (Hadjisavva et al., 2021). I tillegg viste studien til Molnes (2014) at sykepleierne også opplevde at pasient og pårørende var redde og utrygge i forhold til smertelindringen.

4.4 Tverrfaglig samarbeid

Tverrfaglig samarbeid kommer frem i tre av de fem inkluderte artiklene. Studien til Nordsveen & Andershed (2015) belyste viktigheten av et tverrfaglig samarbeid før

utskrivelse av pasienten til eget hjem, og at sykepleierne opplevde samarbeid med palliativt team og smerteteam som nyttig. Sykepleierne mente at et godt samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten var viktig for å oppnå en god samhandlingsprosess (Nordsveen & Andershed, 2015). I artikkelen til Staats et al. (2018) erfarte sykepleierne at et godt samarbeid med primærlegen var viktig for at de skulle føle seg trygg når de skulle administrere lindrende medikamenter fra medikamentsettet. Sykepleierne opplevde også riktige instruksjoner og avklaringsmøter med primærlegen som avgjørende for å lette bruken av medikamentsettet (Staats et al., 2018).

Et godt samarbeid førte til å lette bruken av medikamentskrinet slik at det ble et mer effektivt hjelpemiddel i palliativt arbeid. I studien til Molnes (2014) mente sykepleierne at det kunne vært et bedre tverrfaglig samarbeid mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Sykepleierne i studien til Molnes (2014) sa at de brukte unødvendig tid på å kontakte sykehuset når det var manglende informasjon, medikamentoversikt og epikrise ved utskrivelse fra sykehus.

5.0 Diskusjon

På bakgrunn av inkluderte studier og litteratur som besvarer problemstillingen vår, skal denne delen av oppgaven omhandle diskusjon av resultatene i syntesen. Vi skal drøfte hvilke erfaringer og opplevelser sykepleiere har med smertelindring til palliative kreftpasienter som bor hjemme. Videre skal vi også se på hvilken betydning resultatene har for smertelindringen pasientene får.

5.1 Kartlegging av smerter

Funn fra analysen viste at sykepleierne ikke hadde tillit til sine vurderinger av pasientens symptomer, og dårlig kartlegging førte til dårligere smertelindring (Molnes, 2014; Staats et al., 2018). Det støttes av annen teori som har vist at kartlegging og vurdering er avgjørende for å kunne gi pasientene tilfredsstillende smertebehandling (Danielsen et al., 2016, s. 390). Kartlegging av smerte innebærer vurdering av den totale smerten, både fysisk, psykisk, sosial og eksistensiell, gjennom observasjon og samtale med pasienten (Lorentsen & Grov, s. 409). Kunnskap og klinisk erfaring har stor betydning på om sykepleiere har evnen til å

observere pasienten, og gjennom erfaring øker sykepleiere kunnskapen som trengs for å kunne observere pasientens behov (Birkeland & Flovik, 2018, s. 16; Kristoffersen et al., 2016, s. 154).

Funn fra studien til Staats et al. (2018) viste at sykepleierne tolket og vurderte pasienters smerte basert på egne erfaringer og kunnskap. Vurderingen som ble gjort var dermed avhengig av hvem som var på jobb, og kunne føre til stor variasjon i smertelindringen pasientene fikk (Staats et al., 2018). Mange av sykepleierne opplevde at de ikke hadde tillit til sine evner til å vurdere smerter, og gav uttrykk for at det kunne være vanskelig å vurdere om pasienten faktisk hadde smerter eller om det var ubehag (Staats et al., 2018). Det støttes av funn i studien til Hadjisavva et al. (2018) der sykepleierne kunne misforstå symptomene på kreft smerter. Florence Nightingale mente sykepleiere ikke ville vært nyttige uten evnen til god iakttakelseevne for å pleie syke (Kristoffersen et al., 2016, s. 154). Hun mente også at den viktigste kunnskapen en sykepleier kan gis er å lære hva som skal observeres, hvordan man observerer og hvilke symptomer som indikerer bedring eller forverring (Kristoffersen et al., 2016, s. 154). Dette er med på å forklare at den enkelte sykepleiers erfaringer og kunnskaper har stor betydning for smertelindringen og utførelsen av sykepleie, og pasienten kan dermed være avhengig av å ha en erfaren sykepleier på jobb for å få tilstrekkelig smertelindring.

ESAS har vist seg å være et godt hjelpemiddel ved kartlegging av smerte og pasientens symptomer (Ihleren & Sæteren; Lorentsen & Grov, s. 410;). ESAS kartlegger ulike plager og symptomer som pasienter i palliativ fase opplever, og er et viktig verktøy for å gi effektiv lindrende behandling (Kreftforeningen, u.å). Det bekrefter studien til Ihleren & Sæteren (2020) der det kommer frem at ESAS var en forutsetning for effektiv symptomlindring eller systematisk kartlegging. Ifølge studien til Molnes (2014) ble bruken av ESAS nedprioritert på grunn av tidspress. På den andre siden viser Ihleren & Sæteren (2020) og Lorentsen & Grov (2016, s. 410) at ESAS er effektivt og rask å bruke. Det kan tyde på at enhver sykepleiers erfaringer, opplevelser og kunnskaper om bruken av ESAS påvirker hvorvidt sykepleiere opplevde kartleggingsverktøyet som et godt hjelpemiddel.

Til tross for at sykepleierne i studien til Ihleren & Sæteren (2020) opplevde ESAS som et nyttig og effektivt hjelpemiddel i palliativt arbeid viste det seg å være flere forbedringsmuligheter også. ESAS må blant annet brukes rutinemessig for å ha noe hensikt, da pasientens smerteopplevelse og livssituasjon forandrer seg hele tiden, og for å kunne følge opp og evaluere tiltak (Ihleren & Sæteren, 2020). Et annet forbedringstiltak var at alle sykepleiere måtte få opplæring av hvordan ESAS skal brukes. Det støttes av funn i studien til Molnes (2014) der noen av årsakene til lite bruk av ESAS var manglende kunnskap og opplæring i verktøyet.

Smerte er en subjektiv opplevelse og bare pasienten selv kan beskrive hvordan smerten føles (Ndla, 2021). Det understrekes i studien til Ihleren & Sæteren (2020) da sykepleierne opplevde at når de fylte ut ESAS var pasientens opplevelse av smerte ofte annerledes enn det sykepleieren trodde. Palliative kreftpasienter opplever også flere andre plager som er viktig at sykepleiere kartlegger. Blant annet tung pust, kvalme, brekninger, utmattelse og forstoppelse, som igjen kan påvirke pasientens smerteopplevelse (Kreftforeningen, u.å). Ved bruk av ESAS kan man få kartlagt hvert enkelt symptom (Lorentsen & Grov s. 410), og i motsetning til dette mente sykepleierne i studien til Molnes (2014) at det holdt å spørre pasienten "hvordan har du det". Ihleren & Sæteren (2020) argumenterer for at det ikke er tilstrekkelig, da det kunne føre til at enkelte symptomer ble oversett.

Studiene (Ihleren & Sæteren, 2020; Molnes, 2014; Staats et al., 2018) viste at sykepleiers smertekartlegging baserte seg på personlig erfaring, som kunne føre til at smertekartleggingen ikke alltid ble tilfredsstillende. Vi mener at med opplæring og klare rutiner ved bruk av ESAS kan det bidra til at smertekartleggingen er mindre avhengig av den enkelte sykepleiers kompetanse og erfaring. Vi mener også at implementering av ESAS kan være et nyttig verktøy i hjemmesykepleien for at enhver sykepleier kan få mer tillit til sine symptom vurderinger og kan kartlegge smerte på en systematisk måte. Siden verktøyet i utgangspunktet er laget for bruk i sykehus, må en kritisk vurdere om ESAS uten videre kan overføres til bruk i hjemmebasert omsorg. Det er viktig å vurdere om det kan medføre risiko og om det vil være nødvendig å tilpasse, teste og evaluere implementering av tiltaket.

5.2 Medikamentell behandling i hjemmet

Sykepleiere har en sentral rolle når det kommer til smertelindring, og de har som nevnt tidligere et stort ansvar for å lindre pasientenes smerter (Danielsen et al., 2016, s. 382). Imidlertid har flere av de inkluderte studiene vist at sykepleiere opplevde mangel på kunnskap når det gjelder administrering av medikamenter, og de føler seg usikre når de skulle administrere medikamenter i hjemmet (Hadjisavva et al., 2021; Molnes, 2014; Staats et al. (2018)).

Kreftmerter blir som oftest behandlet med opioider, som for eksempel morfin (Kreftforeningen, 2022). Ved behandling av kreftmerter trenger sykepleier kunnskaper og gode evalueringsevner (Hadjisavva et al., 2021). Ifølge yrkesetiske retningslinjer er det enhver sykepleier sitt ansvar å holde seg faglig oppdatert og ansvarlig for at sin egen praksis er faglig, etisk og juridisk forsvarlig (Norsk sykepleierforbund, u.å). Til tross for dette er det likevel flere sykepleiere som opplevde manglende kunnskaper om smertelindring.

Forskning viste at sykepleierne manglet kunnskaper om opioider, dosering, varighet og risiko for avhengighet (Hadjisaava et al., 2021). Pasienter og pårørende kan også ha en tendens til å unngå bruken av opioider, spesielt morfin på grunn av frykt for å utvikle avhengighet, bivirkninger og at medikamentene ikke skulle ha ønsket effekt når de faktisk trengte det (Molnes, 2014). På tross av dette er det viktig å påpeke at når pasientene er i den palliative fasen vil hovedmålet være å smertelindre, og utvikling av rusavhengighet er sjelden en problemstilling (Kreftforeningen, 2022b). Som sykepleier skal man gi pasient og pårørende nødvendig informasjon, for eksempel om behandling og forventet sykdomsutvikling (Birkeland & Flovik, s. 188). Vi mener at det er avgjørende at sykepleierne har tilstrekkelig kunnskap og opplæring om bruk av opioider, slik at de kan veilede og undervise pasienter og pårørende om medikamentet sin effekt og bivirkninger. Det mener vi kan bidra til å øke sykepleiers selvtillit i bruk av opioider og redusere pasienter og pårørendes frykt for å bruke opioider som morfin.

Studiene utført av Hadjisavva et al. (2021) og Staats et al. (2018) viste at sykepleierne i hjemmesykepleien kan ha utfordringer med å ta gode beslutninger i smertevurderingen, og det kunne føre til at det ble tatt dårlige beslutninger ved administrering av medikamenter til

pasientene. Sykepleierne i studien til Staats et al. (2018) opplevde det spesielt som utfordrende når de skulle administrere medikamenter på nattevakt, og at administreringen av medikamenter kunne bli beskrevet som faglig uforsvarlig. Helsepersonelloven (1994, §4) krever at helsepersonell utfører arbeidet sitt med faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp, basert på deres kvalifikasjoner. Derfor tenker vi at det er viktig at sykepleiere i hjemmesykepleien får tilstrekkelig opplæring og veiledning om smertelindring og administrering av medikamenter. Dette tror vi muligens kan være med på å forbedre kvaliteten på behandlingen som pasientene mottar og minimere risikoen for underbehandling.

De inkluderte studiene viste at sykepleierne opplevde utfordringer med å gi medikamentell smertelindring, spesielt hvis de var nyutdannede eller hadde mindre erfaring (Molnes, 2014; Staats et al., 2018). Dette kunne føre til at pasientene ikke fikk tilstrekkelig smertebehandling, noe som igjen kan ha alvorlige konsekvenser for pasientenes fysiske, psykiske og sosiale tilstand (Hadjisavva et al., 2021). En av utfordringene nyutdannede sykepleiere møtte i studien til Staats et al. (2018) var å vurdere behovet for andre medikamenter enn morfin. Det førte til at en pasient fra samme studie var angstpreget i lengre tid enn nødvendig. Dette mener vi kan skyldes at sykepleierne manglet kunnskap om andre medikamenter som kan brukes for å lindre smerter og andre plager som pasientene kan oppleve.

Til tross for disse utfordringene viste studiene også at sykepleierne også kunne ha positive erfaringer med å gi medikamentell smertelindring (Molnes, 2014; Staats et al., 2018) og de var fornøyde med jobben de gjorde (Molnes, 2014). Studien til Staats et al. (2018) viste også at sykepleierne kan oppleve medikamentsettet som nyttig i behandling av kreftsmarter hos palliative kreftpasienter som bor hjemme, forutsatt at det var tydelige instruksjoner og godt samarbeid med primærlegen (Staats et al., 2018).

5.3 Tverrfaglig samarbeid

I denne delen diskuteres funnene fra analysen som viste at sykepleierne ofte opplevde svikt i samarbeidet mellom sykehus og hjemmesykepleien (Molnes, 2014; Nordsveen & Andershed, 2015), og at samarbeid med primærlegen bidro til tryggere administrering av

smertestillende medikamenter (Staats et al., 2018). Flere ønsker å tilbringe sin siste tid i hjemmet (Johansen, 2021) og for at det skal være mulig er tverrfaglig samarbeid viktig. Palliativ behandling krever samarbeid mellom ulike profesjoner i tillegg til hjemmesykepleien, som for eksempel sykehus, lege, ergoterapeut og prest (Birkeland & Flovik, 2018, s.188). I studien Nordsveen & Andershed, (2015) ble det beskrevet at sykepleierne opplevde positive erfaringer ved bruk av palliativt team og smerteteam i sykehuset. Videre forteller sykepleierne fra samme studie at det bidro til videreutvikling av kompetansen, og de opplevde trygghet når de visste hvor de kunne søke veiledning og råd.

Tverrfaglig samarbeid og samhandling mellom helsetjenester er avgjørende for å gi et helhetlig omsorgstilbud til palliative pasienter (Birkeland & Flovik, 2018, s.191). Omsorg og behandling for palliative pasienter er ikke noe hjemmesykepleien kan stå i alene, og det er helt nødvendig å jobbe tverrfaglig med andre profesjoner for å skape et helhetlig omsorgstilbud (Birkeland & Flovik, 2018, s.191). Artikkelen Nordsveen & Andershed (2015) belyste viktigheten av å planlegge et møte med sykepleier, pasient, pårørende og hjemmesykepleien før utskrivelse, for å sikre best mulig tilrettelegging i hjemmet. Sykepleierne ansatt i sykehus og kommunen understrekte viktigheten av slike møter, og rapporterte om gode erfaringer med å gjennomføre dem (Nordsveen & Andershed, 2015). I samme studie mente sykepleierne at det kunne være med på å bidra til at pasientene ble tryggere på det tilbudet som de kunne få hjemme. Vi har erfart fra praksis at mange pasienter gruer seg til å reise hjem etter opphold, noe som vi tenker kan skyldes at de ikke vet hvordan de skal takle hverdagen, og håndtering av smerter på egenhånd. Derfor tenker vi at slike møter er svært viktige for å kunne gi pasientene den nødvendige hjelpen de trenger, og at pasientene føler seg tilstrekkelig smertelindret, ivaretatt og trygg når de kommer hjem.

Til tross for viktigheten og gode erfaringer med slike samhandlingsmøter var det ikke ofte de ble gjennomført (Nordsveen & Andershed, 2015). Palliative kreftpasienter har ofte et komplekst sykdomsbilde og er en pasientgruppe som er mye inn og ut av sykehus (Nordsveen & Andershed, 2015). Derfor er det stort behov for samhandling mellom helsetjenestene for at pasientene skal kunne få den nødvendige oppfølgingen og behandlingen de trenger (Nordsveen & Andershed, 2015). Videre påpekes det at

sykepleierne i sykehus opplevde utfordringer knyttet til gode utskrivelser av pasienter til hjemmet. Det kan ofte skje raskt og pasientene kan mangle medisiner og resepter (Nordsveen & Andershed, 2015). Det støttet også av Molnes (2014) som viste at sykepleierne hadde negative opplevelser med utskrivelse fra sykehus til hjemmet. Flere pasienter ble skrevet ut uten epikrise, sykepleiesammenfatning og medikamentoversikt (Molnes, 2014). Dette gjorde at sykepleierne brukte unødvendig tid og ressurser på å kontakte avdelingen på sykehuset (Molnes, 2014; Nordsveen & Andershed, 2015)

Ifølge Lov om spesialisthelsetjenesten §6-3 (1999) står det at «helsepersonell som er ansatt i statlige helseinstitusjoner som omfattes av denne loven, eller som mottar tilskudd fra regionale helseforetak til sin virksomhet, skal gi den kommunale helse- og omsorgstjenesten råd, veiledning og opplysninger om helsemessige forhold som er påkrevet for at den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal kunne løse sine oppgaver etter lov og forskrift». Vi tenker at dersom sykepleierne i hjemmetjenesten skal kunne løse sine oppgaver etter lov og forskrift, er det helt avgjørende at hjemmesykepleien har tilgang på oppdaterte og nøyaktige opplysninger om pasientenes medisiner og behandlinger etter opphold. Etter erfaring fra praksis ser vi at pasientenes medikamenter ofte endres etter et sykehusopphold, og dersom ikke hjemmesykepleien får denne opplysningen går det utover smertebehandlingen til pasienten. Dette understreker hvor viktig tverrfaglig samarbeid og samhandling mellom helsetjenestene er.

Samarbeid mellom sykepleierne og primærleger har vist seg å være en avgjørende faktor for trygg og hyppigere bruk av lindrende medikamenter fra medikamentsettet til kreftpasienter i hjemmesykepleien. Ifølge funn fra Staats et al. (2018) var sykepleierne usikker på administrering av lindrende medikamenter fra medikamentsettet, men når de hadde tilgang til primærlegen hele døgnet og det var et godt samarbeid mellom dem, førte det til en hyppigere og tryggere bruk av medikamentene (Staats et al., 2018). Dette resulterte i bedre smertelindring for pasientene. Dette understreker viktigheten av tverrfaglig samarbeid.

5.4 Ressursmangel

Funn fra de inkluderte artiklene viste at sykepleierne opplevde at mangel på ressurser påvirket hvorvidt de kunne kartlegge, vurdere og behandle pasientens smerter (Molnes, 2014; Staats et al., 2018). Det var blant annet knappheten på tid, underbemanning og høy pleietyngde sykepleierne opplevde som utfordrende, og som kunne føre til at pasientene fikk dårlig smertelindring (Molnes, 2014; Staats et al., 2018). Sykepleierne har ansvar for å vurdere pasientens smerter, hvordan smerter utvikler seg, og om pasienten har fått tilstrekkelig smertelindring av de smertestillende medikamentene (Danielsen et al., 2016, s. 388). Vi har tidligere i oppgaven diskutert at sykepleiernes kunnskaper og erfaringer kan være årsaken til dårlig kartlegging og vurdering av smerte. Samtidig ser vi også at knappheten på tid og underbemanning gjør at sykepleierne ikke får muligheten til å gjøre slike vurderinger.

Hjemmesykepleiens mål er at pasienten skal mestre hverdagen i hjemmet sitt så lenge det er forsvarlig og ønskelig (Birkeland & Flovik, 2018, s. 15). Dette kan muligens motstride sin hensikt når sykepleierne i hjemmesykepleien opplever at de ikke har mulighet til å gi pasienten tilfredsstillende behandling på grunn av tidspress og underbemanning (Molnes, 2014; Staats et al., 2018). Dette kan vi relatere til fra praksis da vi har opplevd et høyt tidspress hos pasientene, og underbemanning har ført til at man må prioritere pasientene, og noen oppdrag dessverre må utgå og overføres til en annen dag. Ifølge lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (§3-1, 2011) skal kommunen sørge for at enhver pasient som oppholder seg i kommunen skal få nødvendig helse- og omsorgstjenester. I studien til Molnes (2014) opplevde sykepleierne at de satt igjen med en følelse av at de kunne gjort en bedre jobb. Dette understreker at tidspress og høy arbeidsmengde i hjemmesykepleien kan føre til at pasientene ikke får tilstrekkelig smertelindring og oppfølging.

I artikkelen Nordsveen & Andershed, (2015) opplevde sykepleierne at pasienter kan bli skrevet ut fra sykehuset til eget hjem med manglende epikrise, sykepleiesammenfatning, resepter og lignende. Vi tenker at dette også kan ha sammenheng med ressursmangel i helsetjenestene, og dårlig bemanning. Når sykepleierne mangler dokumentasjon og informasjon om pasienten, blir det mangel på kunnskap. Ressursmangler i helsetjenesten

resulterte også i at sykepleierne ikke hadde mulighet til å sette seg ned å lese relevant litteratur, noe som var et sterkt ønske hos sykepleierne (Molnes, 2014). Som nevnt tidligere i teksten er det enhver sykepleier sitt ansvar å holde seg faglig oppdatert og utføre arbeidet sitt faglig forsvarlig (Norsk sykepleierforbund, u.å). Som arbeidsplass mener vi at hjemmesykepleien burde øke fokuset på å sende sykepleiere på kurs, ha interne kurs og gi rom for at sykepleierne kan sette seg ned og oppdatere seg faglig uten at det skal bli en belastning overfor de andre som er på jobb.

5.5 Metodediskusjon

I metodediskusjonen skal vi diskutere styrker og svakheter ved forskningsmetodene som har blitt brukt i oppgaven vår. En av styrkene er at vi har vært to personer som har vurdert om artiklene har oppfylt inklusjonskriteriene eller ikke. Dette har økt validiteten ved at vi har vært to personer som har vurdert og kan dermed ta hensyn til flere perspektiver. En annen styrke er at 4 av 5 studier som er inkludert i oppgaven er kvalitative artikler. Dette har gitt oss en dypere forståelse av hvilke opplevelser sykepleierne har smertelindring i praksis. Ved å bruke kvalitative studier har vi muligens fått mer innsikt i sykepleierne sine opplevelser og erfaringer enn det vi hadde fått ved å velge kvantitative studier.

Av de fem inkluderte artiklene som har blitt gjennomgått i oppgaven var fire av dem basert på studier som har vært utført i Norge, mens den siste artikkelen var gjennomført på Kypros. Det er viktig å merke seg at forskjellige land kan ha forskjellige helsevesen og hjemmesykepleietjenester, og derfor kan resultatene fra artikkelen til Hadjisavva et al. (2021) ikke nødvendigvis være relevant for vår praksis i Norge. Likevel kan resultatene fra de andre inkluderte artiklene være relevante i norsk sammenheng og i andre land med lignende hjemmesykepleietjenester.

En annen svakhet er at to av artiklene ikke var oversatt til norsk, noe som kan føre til feiltolkninger av resultatene. Samtidig har vi vært to personer som har vurdert og lest artiklene og dermed hatt mulighet til å diskutere funn fra artiklene. Vi stiller oss også kritisk til en av studiene (Ihleren & Sæteren, 2020) som viser til bruken av ESAS, som ble gjennomført på sykehus og ikke i hjemmesykepleien. Dette kan påvirke relevansen i oppgaven, noe som vi har tatt hensyn til i våre vurderinger. Vi har i vår oppgave brukt flere

kilder, søk i ulike databaser og inkludert artikler fra fire ulike databaser for å belyse problemstillingen vår.

6.0 Konklusjon og implikasjoner for praksis

I denne litteraturstudien ble det sett på sykepleiernes opplevelser og erfaringer med smertelindring til palliative kreftpasienter i hjemmet. Fra et sykepleieperspektiv byr smertelindringen til hjemmeboende kreftpasienter i palliativ fase på en rekke utfordringer. Funnene fra de inkluderte artiklene viste at sykepleierne opplevde å ha lite kunnskap og kompetanse om smertelindring, symptom vurderinger og administrering av medikamenter i hjemmet. Sykepleierne opplevde at godt samarbeid med primærlegen, spesialhelsetjenesten og deres ressurser var viktig. Likevel var det ikke alltid samhandlingen fungerte optimalt og sykepleierne opplevde at de brukte mye unødvendig tid på å kontakte sykehuset for å få tilstrekkelig informasjon om pasientene.

Ressursmangel var også en stor utfordring hos sykepleierne, blant annet underbemanning og dårlig tid hos hver enkelt pasient. Det førte til at sykepleierne ikke fikk tid til å kartlegge pasientens smerte og observere pasientene over tid. Oppsummert ser vi at sykepleierne opplevde og erfarte mangel på kunnskap, kompetanse, ressurser og forbedringer i tverrfaglig samarbeid ved smertelindring i hjemmet.

For å styrke sykepleiere som jobber med palliative kreftpasienter i hjemmet har vi kommet frem til noen forbedringstiltak for videre praksis. Først er det viktig å gi sykepleierne mer kunnskap om smertelindring til palliative kreftpasienter i hjemmet. Økt bemanning kan lette arbeidsbelastningen slik at sykepleierne får mer tid til å gi tilstrekkelig oppfølging til pasientene. Fokus på kursvirksomhet om palliasjon og smertebehandling kan være viktig for å sikre seg at sykepleiere har den nødvendige kunnskapen som trengs for å kunne gi best mulig smertelindring. Implementering av kartleggingsverktøyet ESAS og økt fokus på å gjennomføre tverrfaglige møter med spesialhelsetjenesten før utskrivelse til hjemmet kan også være viktige tiltak.

7.0 Referanseliste

- Bergsagel, I. (2020, 20 juni). *Stadig flere mottar hjemmesykepleie*. Sykepleien.
<https://sykepleien.no/2020/06/stadig-flere-mottar-hjemmesykepleie>
- Birkeland, A. & Flovik, A.M. (2018). Den siste tiden. I. A. M Flovik (Red.), *Sykepleie i hjemmet* (3 utg., s. 188-192). Cappelen damm akademisk.
- Birkeland, A. & Flovik, A. M. (2018). Hjemmesykepleie- bakgrunn og rammer. I. A. M. Flovik (Red.), *Sykepleie i hjemmet* (3. utg., s. 15-19). Cappelen damm akademisk.
- Dalland, O. (2020). *Metode og oppgaveskriving* (7.utg). Gyldendal.
- Danielsen, A., Berntzen, H & Almås, H. (2016). Sykepleie ved smerter. H. Ålmås (Red.), *Klinisk sykepleie 1* (5. utg., s. 382- 390). Gyldendal.
- Den norske legeforeningen. (2009). *Retningslinjer for smertelindring*.
<https://www.legeforeningen.no/contentassets/6d9a7062741b4ef397e6868a31b88dc0/smertelindringshefte-retningslinjer.pdf>
- Folkehelseinstituttet. (2022, 19. januar). *Kreft i Norge*.
<https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/kreft/>
- 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>
- Hadjisavva, I. C., Papastavrou, E., & Kouta, C. (2021). Knowledge and Attitudes of Home Care Nurses in Cyprus in the Management of Cancer Pain. *Home Health Care Management & Practice*, 33(1), 21–27. <https://doi.org/10.1177/1084822320957287>

Haugan, V. (2020, 9. desember). *Livskvalitet*. NdlA.

<https://ndla.no/nb/subject:1:1b7155ae-9670-4972-b438-fd1375875ac1/topic:1:baadf378-9a45-422f-a80f-154e203d2bc2/topic:1:40b3542b-0204-4be3-8df7-ff2691c638a4/resource:1:18048>

Helsedirektoratet. (2019, 14. oktober). *4.2.smerte*.

<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/palliasjon-i-kreftomsorgen-handlingsprogram/symptomer-og-tilstander/smerte>

Helsebiblioteket. (2017, 28. August). *Kildevalg*.

<https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no#3litteratursok-32-kildevalg>

Helsebiblioteket. (2020, 31. August). *Søkeord*.

<https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no#3litteratursok-34-sokeord>

Helsebiblioteket. (2021a, 30. september). *Pico*.

<https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no#2sporsmalsformulering-21-pico>

Helsebiblioteket. (2021b, 17. september). *Kunnskapsbasert praksis*.

<https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no>

Helsebiblioteket. (2021c, 17. september). *Sjekklister*.

<https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no#4kritisk-vurdering-41-sjekklister>

Helsedirektoratet. (2023, 17 mars). *Tverrfaglig samarbeid*.

<https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/statistikk-om-allmennlegetjenester/tverrfaglig-samarbeid-med-fastlege-tilstede>

Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell m.v. (LOV-1999-07-02-64). Lovdata.
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>

Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester
(LOV-2011-06-24-30). Lov data. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>

Hoem, M. G., Hoem, S. A., & Hauvik, S. (2022). Slik kan pasienten få en verdig siste tid i
hjemmet. *Sykepleien*, 89518, e-89518.
<https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2022.89518>

Ihler, E. M., & Sæteren, B. (2020). Registered nurses' experiences of using ESAS to map
cancer patients' symptoms. *Sykepleien Forskning*, 79585, e-79585.
<https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2019.79585en>

Johansen, L. B. (2021, 24. september). *Flere vil dø hjemme*. *Sykepleien*.
<https://sykepleien.no/meninger/2021/09/flere-vil-do-hjemme>

Kreftforeningen. (2022a, 13. desember). Hva er kreft?
<https://kreftforeningen.no/om-kreft/hva-er-kreft/#:~:text=Ved%20kreft%20har%20det%20oppst%C3%A5tt,etter%20hvert%20d%C3%A5g%20d%C3%A5s%20en%20kreftsvulst.>

Kreftforeningen. (2022b, 30. November). *Smerte*.
<https://kreftforeningen.no/rad-og-rettigheter/smerte/>

Kreftforeningen. (2022c, 31. oktober). *Hjemmedød*.
<https://kreftforeningen.no/rad-og-rettigheter/doden/hjemmedod/>

Kreftforeningen. (u.å). *Lindrende/palliativ behandling*.
<https://kreftforeningen.no/om-kreft/behandling/lindrende-palliativ-behandling>

Kreftregisteret. (2022, 8. juni). *Kreft i Norge*.

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

Kristoffersen, N. J. (2016). Sykepleie- kunnskapsgrunnlag og kompetanseutvikling. I. G. H.

Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie 1* (3.utg., s. 154). Gyldendal.

Lorentsen, V.B. & Grov, E.K. (2016). Generell sykepleie ved kreftsykdommer. I. H. Almås

(Red.), *Klinisk sykepleie 2* (5.utg., s. 399- 423). Gyldendal.

Malt, U. (2022, 27. januar). VAS. Store Norske Leksikon.

<https://sml.snl.no/VAS>

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

kreftpasienter. *Norsk sygeplejeforskning*, s. 142-155.

<https://doi.org/10.18261/ISSN1892-2686-2014-02-0>

Ndla. (2021, 25. februar). *Kartlegging og behandling av smerter*.

<https://ndla.no/subject:1:1b7155ae-9670-4972-b438->

[fd1375875ac1/topic:1:ed2d993f-1220-4b12-8463-5369bc59f84f/topic:1:f1399c62-88c8-4031-afb0-1d707f6162d9/resource:65b3603f-68ef-4377-9d86-1801587342b5](https://ndla.no/subject:1:1b7155ae-9670-4972-b438-fd1375875ac1/topic:1:ed2d993f-1220-4b12-8463-5369bc59f84f/topic:1:f1399c62-88c8-4031-afb0-1d707f6162d9/resource:65b3603f-68ef-4377-9d86-1801587342b5)

NHI. (2021, 25. februar). Kreft

<https://nhi.no/kroppen-var/sykdomsprosesser/kreft/>

NHI. (2022, 13. mai). *Smerte*.

<https://nhi.no/kroppen-var/funksjoner/smerte/?page=1>

Nightingale, F. (2003). Håndbok i sykepleie: *Hva det er og hva det ikke er*. Oslo:

Pensumtjeneste.

Nordsveen, H. & Andershed, B. (2015). Pasienter med kreft i palliativ fase på vei hjem-

sykepleiers erfaringer av samhandling. *Norsk*

sygeplejeforskning, s. 239- 252.

<https://doi.org/10.18261/ISSN1892-2686-2015-03-02>

Norsk sykepleierforbund (u.å). Yrkesetiske retningslinjer.

<https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer>

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

Portenoy, R. K. & Dhingra, M. K. (2022). Assessment of cancer pain. *UpToDate.*

https://www.uptodate.com/contents/assessment-of-cancer-pain?search=cancer%20pain&source=search_result&selectedTitle=4~150&usage_type=default&display_rank=4#H12

Raknes, G. & Sveen, K. A. (2022). *Tall fra Dødsårsaksregisteret 2021.* Folkehelseinstituttet.

<https://www.fhi.no/hn/helseregistre-og-registre/dodsarsaksregisteret/tall-fra-dodsarsaksregisteret-2021/#kreft>

Sandvik, R. K. N. M., & Rustøen, T. (2020). Sykepleiere er avgjørende for god smertebehandling. *Sykepleien, 80601*, e-80601.

<https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2020.80601>

Simensen, A, S. (2020, 13. juni). *Florence Nightingale.* Store norske leksikon.

Slørdal, L. (2018). Legemidler ved smerter. I. O. Spigset (Red.), *Legemidler og bruken av dem* (3.utg., s. 331). Gyldendal.

Spesialhelsetjenesteloven. (1999). Lov om spesialisthelsetjenesten m.m.

(LOV-1999-07-02-61). Lov data.

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61?q=lov%20om%20spesialisthelsetjenesten>

Staats, K., Tranvåg, O., & Grov, E. K. (2018). Home-Care Nurses' Experience With Medication Kit in Palliative Care. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 20(6), E1–E9.
<https://doi.org/10.1097/NJH.0000000000000518>

Store Norske Leksikon. (2020, 29 august). *Syntese*.
<https://snl.no/syntes>

Svellingen, A. H. (2022). Selvsikkerhet påvirker utøvelsen av sykepleie. *Sykepleien*, 90441, e-90441. <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2022.90441>

Søk & skriv. (2022, 23. september). *Søketeknikker*.
<https://www.sokogskriv.no/soking/soketeknikker.html#frases%C3%B8k>

Thidemann, I-J. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter*. (2.utg.). Universitetsforlaget.

World Health Organization. (2020, 5. august). *Palliative care*.
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-car>

8.0 Vedlegg

Vedlegg 1- Litteratormatrise

Nr.	Forfatter, År Tidsskrift, Land	Tittel	Hensikt	Design/ Metode/ Deltakere	Hovedfunn/ resultat	Kvalitets vurderinger	Etiske overveielser
1	Staats, K., Tranvåg, O., & Grov, E.K. 2018 Ovid medline Norge	Home-Care Nurses' Experience With Medication Kit in Palliative Care	Øke kunnskapen rundt norske sykepleiere som jobber i hjemmesykepleie n. De undersøkte sykepleiernes erfaringer med bruk av medikamentskrin som et verktøy for å lindre symptomer hos uhelbredelig syke som bor hjemme.	Kvalitativ Metode: Gruppeintervju og individuelle dybdeintervju. 18 sykepleiere i hjemmesykeplei en. Alder 30-62 år.	Manglende kompetanse og usikkerhet hos sykepleierne var blant hindringene for bruken og administreringen av de sterke opioidene som medikamentsettet innholdt. Blant annet morfin og midazolam. Ved å ha tydelige instrukser på bruken av medikamentskrinet og samarbeid med primærlegen økte sykepleiernes selvtilit når det gjaldt administrering av medikamenter fra settet. Det gjorde det lettere å bruke medikamentskrinet som et effektivt hjelpemiddel i palliativt arbeid.	Fagfellevurdert	Studien er godkjent av Norsk samfunnsvite enskapelige datatjeneste (NSD). Deltakerne gav skriftlig samtykke om å delta.

2	Molnes, S. I. 2014 Idunn, Norsk sykepleieforskning Norge (Svemed+)	Sykepleieres erfaringer med smertelindring til hjemmeboende kreftpasienter	Undersøke hvordan sykepleiere opplevde sin kompetanse i smertelindring til kreftpasienter i hjemmet.	Kvalitativ metode: Intervju av 10 sykepleiere i hjemmesykepleien.	Sykepleierne opplevde at de gjorde en god jobb, men det var flere utfordringer når det kom til smertelindring for pasienter. Sykepleierne mente at en av hovedårsakene var mangel på ressurser som gjorde det vanskelig å gi pasientene tilfredsstillende smertebehandling. De opplevde også faglig usikkerhet og mangel på kompetanse som bidro til at sykepleierne ikke kunne gi optimal smertelindring.	Fagfellevurdert	Studien er godkjent av NSD. Deltakelsen var frivillig og kunne trekke seg når som helst. De fikk skriftlig og muntlig informasjon og gav skriftlig samtykke om å delta.
3	Nordsveen, H. & Andershed, B. 2015 Idunn, Norsk sykepleieforskning Norge	Pasienter med kreft i palliativ fase på vei hjem - Sykepleieres erfaringer av samhandling	Belyse hvilke erfaringer sykepleiere har ved utskrivelse av palliative kreftpasienter fra sykehus til hjemmet. Det ble sett på sykepleiers erfaringer i både kommunehelsetjenesten og i sykehus.	Kvalitativ metode: Gruppeintervju, 5 intervjuer med 4 personer i hver gruppe. Sykepleierne ble rekruttert fra et lokalsykehus (kirurgisk og medisinsk avd.) og fra hjemmesykepleien i 3 kommuner.	Sykepleiere både på sykehus og i kommunehelsetjenesten var enige om at et felles møte før utskrivelse av pasient fra sykehus til eget hjem var viktig. Det var blant annet viktig for at overføringen av pasientene skulle være effektiv, og for å bevare kontinuiteten i behandlingen til palliative kreftpasienter. Det viste seg også å være	Fagfellevurdert	Deltakerne ble informert om at studien var frivillig, og de kunne trekke seg når som helst om ønskelig. Deltakerne gav skriftlig samtykke. Studien er godkjent av NSD.

					manglende kunnskap blant sykepleierne om tjenestenivåets organisering. Resultatene viste at det var behov for forbedring med kommunikasjonen ved utskrivelse av pasient fra sykehus til hjemmesykepleien.		
4	Ihler, E. M & Sæteren, B. 2020 Cinahl Norge	Registered nurses' experiences of using ESAS to map cancer patients' symptoms.	Utforske sykepleieres erfaring ved bruk av kartleggingsverktøyet ESAS, for å kartlegge symptomer hos (sykehus) pasienter med kreft i palliativ fase.	Kvalitativ metode: Dybdeintervju av 6 sykepleiere fra onkologiske avdelinger.	Sykepleierne mente at ESAS- skjema var et nyttig verktøy for å kartlegge symptomer og gir et bilde av pasientens subjektive opplevelser. Det var nyttig for samtale med pasient om deres symptomer, og bidro til bedre symptomlindring og livskvalitet.	Fagfellevurdert Vi har valgt å inkludere denne artikkelen selv om studien ikke ble gjennomført i rett kontekst i henhold til problemstillingen, fordi vi anser den som å være svært relevant.	Studien er godkjent av NSD. Det var en frivillig studie og deltakerne gav skriftlig samtykke. Opplysninger og data er anonymisert.
5	Hadjisavva, I. C., Papastavrou, E. & Kouta, C. 2021 Chinal Cyprus	Knowledge and attitudes of home care nurses in cyprus in the management of cancer pain	Undersøke kryptiske sykepleieres kunnskapsnivå og holdninger når de skal behandle kreftsmarter hos pasienter som bor hjemme.	Kvantitativ deskriptiv utforskende metodikk. Det ble brukt spørreskjema med 37 spørsmål. 31 helsepersonell i hjemmesykepleien på Kypros.	Resultatet viste at sykepleiere som deltok i studien hadde lavt kunnskapsnivå om kreftsmarter. Mens holdningene var gode. Noen av resultatene viste at det var mangel på kunnskap ved bruk av opiat og at dårlige ferdigheter kunne føre til dårlige beslutninger ved	Fagfellevurdert	Det ble gitt skriftlig og muntlig beskjed til alle deltakere om studiens mål. Studien var frivillig og deltakerne hadde også rett på å trekke seg fra studien når som helst.

					administrering av smertestillende medisiner.		
--	--	--	--	--	--	--	--

Vedlegg 2: Søkehistorikk

Ovid Medline

Søkedato	Søkenummer	Søkeord og ordkombinasjoner	Avgrensninger	Antall treff	Artikler inkludert
23.11.22	S1	Cancer patients.mp.		216,520	
	S2	Palliative Care/		61, 639	
	S3	Home Care.mp.		54,669	
	S4	Nurse.mp.		191,504	
	S5	S1 and S2 and S3 and S4		35	Home-Care Nurses' Experience With Medication Kit in Palliative Care Staats, K., Tranvåg, O., & Gro, E. K. (2018)

SVEMED+

Søkedato	Søkenummer	Søkeord og kombinasjon	Avgrensninger	Antall treff	Artikler inkludert
7.12.2022	S1	Cancer		9045	
	S2	Home health care		1983	
	S3	#1 OR #2		10,937	
	S4	Palliative Care		1223	
	S5	Nurses experience		616	
	S6	#4 OR #5		1807	
	S7	Pain management		300	
	S8	Pain relief		180	
	S9	#7 OR #8		469	
	S10	#3 AND #6 AND #9		21	
					Sykepleieres erfaringer med smertelindring til hjemmeboende kreftpasienter Molnes, S. I. (2014)

CHINAL

Søkedato	Søkenummer	Søkeord og kombinasjon	Avgrensninger	Antall treff	Artikler inkludert
20.12.22	S1	"ESAS"		1,457	
	S2	"palliative care"		50,721	
	S3	(MH "Cancer Patients")		47, 203	
	S4	S1 AND S2 AND S3	2014-2022	39	Registered nurses' experiences of using ESAS to map cancer patients' symptoms. Ihler, E. M., & Sæteren, B. (2020)

Idunn

Søkedato	Søkenummer	Søkeord og kombinasjon	Avgrensninger	Antall treff	Artikler inkludert
20.12.22	S1	Palliative kreftpasienter i hjemmet	2014-2022	14	<p>Pasienter med kreft i palliativ fase på vei hjem - Sykepleieres erfaringer av samhandling</p> <p>Nordsveen, H. & Andershed, B. (2015)</p>

CHINAL

Søkedato	Søkenummer	Søkeord og kombinasjon	Avgrensninger	Antall treff	Artikler inkludert
9.3.23	S1	(MH "Cancer Patients")		48,098	
	S2	(MH "Neoplasms")		92,561	
	S3	"incurable cancer"		430	
	S4	(MH "Palliative Care")		41,822	
	S5	"end of life"		33,768	

	S6	S1 OR S2 OR S3 OR S4 OR S5		192,682	
	S7	"home care nurses"		664	
	S8	(MH "Home Health Care")		25,689	
	S9	(MH "Home Health Aides")		1,499	
	S10	"Nurs*role"		5	
	S11	S7 OR S8 OR S9 OR S10		27,176	
	S12	(MH "Pain Management")		13,037	
	S13	"pain treatment"		14,673	
	S14	"pain relief"		26,316	
	S15	(MH "Pain Measurement")		52,382	
	S16	"pain control"		18,203	
	S17	S12 OR S13 OR S14 OR S15 OR S16		83,093	
	S18	S6 AND S11 AND S17		96	

	S19	S6 AND S11 AND S17	Published Date: 2013-2022	45	<p>Knowledge and attitudes of home care nurses in cyprus in the management of cancer pain.</p> <p>Hadjisavva, I. C., Papastavrou, E., & Kouta, C. (2021)</p>
--	-----	--------------------	---------------------------	----	--