



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGAVE

Smertelindring hos pasienter i palliativ fase

Pain relief for patients in palliative phase

Kandidatnummer: 119, 138

SYKF390

Fakultet for helse- og sosialvitenskap

Institutt for helse- og omsorgsvitenskap

Bachelor i sykepleie

Innleveringsdato: 19.12.23

Vi 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 hos pasienter i palliativ fase

Hensikt: Det blir flere og flere som får kreft og ender opp i palliativ fase. Smerter er noe mange opplever og derfor ønsker vi å kunne se mer på hvordan en som sykepleier kan hjelpe pasienter med smertene sine.

Problemstilling: "Hvordan bidra til smertelindring hos pasienter i palliativ fase?"

Metode: I denne oppgaven er det benyttet litteraturstudie som metode. Her er det brukt forskning, der en er kvantitativ, fire kvalitative og en oversiktsartikkel. Det er hentet ut relevant pensum, lovverk, retningslinjer og annen litteratur. Grundige vurderinger i utvalget ble foretatt og kritisk vurdert.

Resultat: Funn fra forskning viste viktigheten av personsentrert omsorg ved å lytte til pasientens ønsker og behov når de har smerter. Kommunikasjon, relasjon og tillit var nødvendig for smertelindringen og gjennom kartlegging kunne en se forskjellene i symptomer og smerte hos pasientene. Samtidig må sykepleiere vurdere smertene til pasienten etter behov.

Konklusjon: Det viser seg at både personsentrert omsorg, kommunikasjon, relasjon, tillit og kartlegging kan bidra til at sykepleieren kan gi bedre smertelindring til pasientene. Det er viktig at sykepleierne er åpne og lytter til pasientenes behov. Sykepleierne må også være klar over utfordringer de kan møte på som tidspress, stress og at de streber etter kontinuitet i omsorgen. Sykepleieren må ha gode observasjoner og kunne se enkeltindivid da alle pasienter opplever smerter ulikt. Andre symptomer kan også ha en sammenheng med smertene.

Abstract

Title: Pain relief for patients in palliative phase

Purpose: It looks like more people are hit by cancer and end up in palliative phases. A lot of people experience pain, that is why we wanted to dig deeper in order to see how we as nurses could help ease the pain of the patients.

Research question: How to contribute to pain relief for patients in the palliative phase?

Method: In this assignment it is used literature study method. We used science, where one of them is quantitative, four qualitative and one systematic review. We have added relevant curriculum literature, laws, guidelines and other literature. In the selection we did careful assessments that were critically assessed.

Result: From our research, we discovered the importance of person-centered care by listening to the patients wishes and needs when in pain. Communication, relationships and trust was necessary to the pain relief and throughout mapping we were able to see the differences in the patients symptoms and pain. At the same time, nurses must assess the patients pain as needed.

Conclusion: It turns out that both person-centered care, communication/relationship, trust and mapping can contribute to the nurse being able to provide better pain relief to the patients. It is important that nurses are open minded and listen to the patients needs. Nurses also need to be aware of challenges they may face such as time pressure, stress and the strive for continuity in care. The nurse must have good observations and being able to see the individual as all patients experience pain differently. Other symptoms may also have a connection with the pain.

Innholdsfortegnelse

1. Innledning.....	1
1.1 <i>Bakgrunn for valg av tema</i>	1
1.2 <i>Definisjoner</i>	2
1.3 <i>Personsentrert omsorg</i>	2
1.4 <i>Smerte</i>	3
1.5 <i>Kommunikasjon, relasjon og tillit</i>	3
1.6 <i>Kartlegging og kartleggingsverktøy</i>	5
1.7 <i>Problemstilling</i>	6
1.7.1 <i>Avgrensning</i>	6
2. Metode.....	6
2.1 <i>Litteraturstudie</i>	6
2.2 <i>Søkeprosessen og valg av forskning</i>	7
2.3 <i>Kildekritikk</i>	8
2.3.1 <i>Kritisk vurdering av artiklene</i>	9
2.3.2 <i>Kildekritikk av annen litteratur</i>	9
2.3.3 <i>Styrker og svakheter ved litteraturstudie som metode</i>	10
3. Resultat.....	10
3.1 <i>Presentasjon av artikler</i>	10
3.2 <i>Tematisk oppsummering av funn</i>	13
3.2.1 <i>Personsentrert omsorg</i>	13
3.2.2 <i>Smertelindring ved hjelp av kommunikasjon, relasjon og tillit</i>	13
3.2.3 <i>Å kartlegge pasientens smerter</i>	14
4. Drøfting.....	14
4.1 <i>Personsentrert omsorg</i>	14
4.2 <i>Smertelindring ved hjelp av kommunikasjon, relasjon og tillit</i>	16
4.3 <i>Å kartlegge pasientens smerter</i>	19
5. Avslutning.....	21
Litteraturliste.....	23
Vedlegg 1 Søkestrategi.....	27
Vedlegg 2 ESAS-skjema.....	34

1. Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

I Norge er det anslått ca. 38.000 nye tilfeller av kreft hvert år (FHI, 2023). De påpeker også at tallene vil fortsette å øke fram til 2040. Kartlegging viser at rundt 70-80% av pasientene har behov for palliasjon som behandling ved de siste månedene eller året de lever (Haugen & Aass, 2016, s. 112). Stortingsmeldingen (Meld. St. 24 (2019-2020)) ønsket å bidra til å styrke palliasjon, i tillegg til å fremme pasientens egne behov og ønsker. De nasjonale faglige retningslinjene for "Palliasjon i kreftomsorgen" beskriver at målet med palliasjon er å dempe ubehag, samtidig som de skal ivareta god kvalitet i livet for både pasient og omsorgspersoner (Helsedirektoratet, 2019, s. 6). De tar også for seg at symptomlindring er et av fokusområdene. Symptomer blir betegnet som sykdomsopplevelser eller ubehag som pasienten har og vi retter fokus på smerte (Bertelsen, 2016, s. 45).

Flere av pasientene som får palliativ behandling er plaget av smerte (Finset, 2016, s. 372). Innen palliasjon er symptomlindring et viktig element (Lorentsen & Grov, 2016, s. 426). Ifølge yrkesetiske retningslinjer har sykepleiere som plikt å gi omsorgsfull sykepleie og lindre lidelse, samt styrke pasientens ressurs, mestring, håp og livsmot og ta vare på behovet for en helhetlig omsorg (NSF, 2023). Helsepersonelloven sier at sykepleiere er ansvarlig for at pasienter får omsorgsfull hjelp og etter faglig forsvarlighet som er forventet (Helsepersonelloven, 1999, §4). Medikamentell behandling ligger som regel i grunnlaget ved palliativ behandling, men ikke-medikamentell lindring foretrekkes også for smertelindring i denne tiden (Finset, 2016, s. 383). Forskning sier at ved smertelindring og palliasjon er blant annet kommunikasjon og personsentrert lindring viktig (Avallin et al., 2023). Vi har valgt palliasjon fordi vi har møtt flere pasienter i palliativ fase gjennom vår arbeidserfaring og ønsker mer kunnskap og kompetanse innen dette. Det er også relevant for vår sykepleierutdanning, da palliasjon er en elementær del av helse- og omsorg og på grunn av fremtidens sammensetning i Norge, vil nok den palliative og lindrende behandlingen ha enda større plass (FHI, 2021). Ifølge de nasjonalfaglige retningslinjene innebærer hjemmebasert omsorg at pasient og pårørende får den palliative hjelpen, omsorg og pleien de trenger så

lengde de bor hjemme (Helsedirektoratet, 2019, s. 144).

1.2 Definisjoner

Ifølge World Health Organization (2023) blir palliasjon definert som at palliativ behandling er en tilnæringsmåte som skal være med på å fremme livskvalitet til både pasienter som er voksne og barn, i tillegg til deres pårørende som står foran utfordringen som har med en livstruende sykdom å gjøre. Videre defineres det at palliasjon skal hemme og lindre lidelse ved å tidlige gjenkjenne, vurdere og behandle smerte og andre dilemmaer som fysisk, psykisk og åndelig.

International Association for the study of pain definerte smerte som en uønsket sensorisk og emosjonell følelse som er sammensatt med en gjeldende eller tenkelig vevsskade (IASP, 2020). Samtidig forklarer de at smerte er personlig og at en har ulik erfaring med smerte.

1.3 Personsentrert omsorg

Personsentrert omsorg har i de senere årene blitt mer vanlig og blitt mer brukt flere steder i helse- og omsorgstjenesten (Rokstad, 2021, s. 30). I tillegg skriver Rokstad at det ikke bare er en beskrivelse på hva det handler om, men kan eksempelvis oppfattes som omsorg rettet mot den enkelte pasienten. Personsentrert omsorg er viktig for sykepleiere og går ut på å gi en helhetlig omsorg, som vil si at omsorgen angår hele mennesket (Kirkevold, 2020, s. 98). For personsentrert omsorg er det viktig med et godt samarbeid, kommunikasjon og en ledelse som jobber optimalt sammen (Kirkevold, 2020, s. 100). Stortingsmeldingen sier at personsentrert omsorg kan hjelpe mot en helhetlig omsorg og at grunnleggende behov blir tatt vare på (Meld. St. 24 (2019-2020)). For pasienter i palliativ fase kreves det at omsorgen har en bred tilnærming, da pasienten kan ha flere symptomer om gangen (Kaasa & Loge, 2016, s. 48).

Noe som blir vektlagt innen personsentrert omsorg er at pasientene får være delaktig i avgjørelser og samarbeid mellom sykepleier og pasienten (Kirkevold, 2020, s. 100). Det er viktig at sykepleieren ser hele personen som var før den ble syk og å være til stede for

pasienten (Kristoffersen et al., 2021, s. 22-23). Autonomi og selvbestemmelsesrett kan utøves ved å ta hensyn til pasientens ønsker for den siste tiden (Gro, 2020, s. 540). Når mennesker er i palliativ fase, er sykepleierens mål å håndtere symptomer og at pasienten oppnår god livskvalitet (Gro, 2020, s. 542). For de fleste mennesker er det viktig at de får være aktiv og medbestemmende i sitt eget liv og dette står sentralt ved personsentrert omsorg (Kristoffersen, 2016, s. 265). I Pasient- og brukerrettighetsloven (1999, §3-1) blir det lagt fram at pasienten har rett til å ta valg om gjennomføring av helse- og omsorgstjenester så lenge de er tilgjengelige og forsvarlige. De yrkesetiske retningslinjene sier at helsepersonell må ta vare på pasientens autonomi og respektere deres valg (NSF, 2023). I følge Helsepersonelloven (1999, §21) har ikke helsepersonell lov til å fortelle faktorer fra pasienten sin situasjon til andre, da informasjonen er tilegnet helsepersonell. Loven sier også dersom samtykke er gitt fra den berørte, kan informasjonen deles til den eller de samtykke gjelder (Helsepersonelloven, 1999, §22).

1.4 Smerte

Smerte er en sammensatt opplevelse hvor en rekke faktorer kan forverre eller redusere opplevelsen av smerte (Danielsen et al., 2016, s. 381). Videre skriver de at den er individuell og subjektiv. Pasientens beskrivelse av smerten er viktig, da den er personlig og egen (Nortvedt, 2016, s. 178). Ulike tilnærminger kan hjelpe, for eksempel berøring eller blåse på de smertefulle områdene, kan lindre det som gjør vondt (Danielsen et al., 2016, s. 392).

1.5 Kommunikasjon, relasjon og tillit

Kommunikasjon er når man viderefører det man tenker og føler (Kristoffersen, 2016, s. 34). Dette foregår ved hjelp av tale eller kroppsspråk, og kalles verbal og non-verbal kommunikasjon. Dersom man ikke kommuniserer med pasienten, er det heller ikke mulig at sykepleierens tiltak samsvarer med pasientens ønsker og behov (Kristoffersen, 2016, s. 35). Gjennom kommunikasjon kan vi som sykepleiere finne ut hva som er viktig for pasienten (Eide & Eide, 2017, s. 29). Ved palliasjon er det viktig at sykepleierne har gode kommunikasjonsevner (Rønsen & Trier, 2022, s. 15). Videre sier de at god relasjon med pasienter og pårørende er viktig, og at god omsorg i denne fasen baseres på tillit.

Relasjon henger sammen med kommunikasjon og tillit (Vasset & Molnes, 2021, s. 70). Det er viktig for pasient og sykepleier at relasjonen blir dannet (Molnes, 2021, s. 89). For at mennesker skal danne en relasjon, er det nødvendig å kommunisere (Rokstad, 2021, s. 52-53). Når en oppnår kontakt eller forbindelse med et annet menneske, kalles det relasjon (Eide & Eide, 2017, s. 17). Tillit er når en har tro til at andre kan hjelpe en, om man trenger det (Kristoffersen, 2016, s. 30). For pasienten kan det være utfordrende å måtte fortelle om plager til nye pleiere hele tiden og det er også viktig med kontinuitet i personalet, slik at pasienter kun har ett fåtall å snakke med (Molnes, 2021, s. 89). Dette kan gjøre det enklere å være åpen og skape tillit, trygghet og refleksjon (Molnes, 2021, s. 90). Væremåte og holdninger er noe sykepleierne må være klar over når de kommer hjem til pasienten, da dette kan hemme eller fremme tillit (Norås, 2017, s. 310). Når en arbeider med palliasjon er god kommunikasjon grunnleggende for at pasienten skal bli best mulig ivaretatt (Helsedirektoratet, 2019, s. 14). En faktor som kan påvirke kommunikasjonen, er tidspress (Norås, 2017, s. 315). Dette kan skape mangelfullt arbeid fra helsevesenet sin side. I tillegg til dårligere vurdering og manglende informasjon. Andre elementer som kan påvirke kommunikasjonen med pasienten kan være stress, uforberedt helsepersonell eller at pårørende er til stede (Molnes, 2021, s. 75). I hjemmesykepleien er det ofte korte besøk og nytt helsepersonell å forholde seg til (Birkeland & Flovik, 2018, s. 74)

Kommunikasjon er ikke bare samtaler sammen, men også kroppsspråket og tonefallet til pasienten (Loge, 2016, s. 216). I møte med pasienter som har behov for lindring, har de ofte forskjellige behov som må tilpasses (Lorentsen & Grov, 2016, s. 427). Hos pasienter som bor hjemme er det viktig med god kommunikasjon slik at pasient og pårørende skal føle seg trygge på sykepleieren (Norås, 2017, s. 315). Relasjonen er viktig da pasientene skal kunne ha samtaler om situasjonen, slik at en kan skape tillit (Norås, 2017, s. 315). De yrkesetiske retningslinjene sier at sykepleiere har plikt til å forebygge sykdom, samt bidra til bedre helse (NSF, 2023).

Teoretikeren Travelbee (2001, s. 124) påpeker at håp og tillit står hverandre nært, og dette er noe sykepleieren må vise gjennom å være der og hjelpe. Tillit blir dannet når en blir kjent. Sykepleieren kan ikke gi håp, men kan tilrettelegge for at pasienten kan kjenne på det.

Videre kan omsorg for pasienten vises med kommunikasjon (Travelbee, 2001, s. 137). Dette vises ofte med kroppsspråket. Kommunikasjon kan ha stor innvirkning på menneskelig nærhet og kan få menneskene nærmere eller lenger vekk, hjelpe dem eller såre dem. For at sykepleieren skal bli kjent med pasienten må en se mennesket som unikt (Travelbee, 2001, s. 140). Sykepleieren kjenner ikke pasienten selv om det står mye informasjon i journalene (Travelbee, 2001, s. 141). Smerte angår hele menneske og kan derfor ikke fortelles som bare noe psykisk eller fysisk (Travelbee, 2001, s.112-113)

1.6 Kartlegging og kartleggingsverktøy

Kartlegging er en sentral del for sykepleiere og handler blant annet om at en samler inn data, foretar systematiske undersøkelser og observasjoner (Nortvedt & Grønseth, 2016, s. 23). Dette gjøres ved å samarbeide med pasienten for å kunne se endringer tidlig og bevare personens livskvalitet. Ansvarsområdet for sykepleieren er å observere og kartlegge pasientens smertebilde (Lorentsen & Grov, 2016, s. 409). Smerten kan gjelde områder som blant annet fysisk, sosial og eksistensiell. Kartlegging kan gi et bedre bilde av den enkelte pasient sine erfaringer og opplevelser av smerte (Rønsen & Trier, 2022, s. 29). Ved god systematisk kartlegging er det nødvendig at man registrerer pasientens egne rapporter av smerte (Knudsen & Kaasa, 2016, s. 396). De belyser også at ved god systematisk kartlegging må sykepleieren gjøre observasjoner, men ikke stole fullt og helt på dette. Det er fortsatt utfordringer i helsesektoren med blant annet mangelfull kunnskap og dårlig diagnostikk, som gjør at pasientene ikke får tilstrekkelig smertelindring (Knudsen & Kaasa, 2016, s. 387). Samtidig tar de med viktigheten av samarbeid fra andre nivåer i helsesektoren. Sykepleieren har ansvar for tilstrekkelig smertelindring ved å jobbe kunnskapsbasert (Danielsen et al., 2016, s. 382). Sentralt ved palliasjon er lindring og hjelpe med ulike bekymringer ved sosiale og psykiske utfordringer (Lorentsen & Grov, 2016, s. 425).

I Norge blir det oppfordret til å bruke Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) kartleggingsskjema for de pasientene som er under palliativ behandling (Molnes, 2021, s. 85). ESAS er også kalt ESAS-r, etter at den ble oppdatert (vedlegg 2). Skjemaet kartlegger ni områder og man kan gi poeng fra 0-10 (Molnes, 2021, s.85). Smerte, dødsighet, tung pust, kvalme og forstoppelse er symptomer som blir kartlagt i ESAS-skjemaet (Grov, 2020, s. 542).

Pasienten kan selv være med på å fylle ut ESAS-skjemaet (Knudsen & Kaasa, 2016, s.396) Håndtering av symptomer i sammenheng med å ha en optimal livskvalitet, er en av punktene sykepleieren har som mål i den palliative fasen (Gro, 2020, s. 542). Det er viktig at det er samme person som registrerer ESAS-skår, fordi alle har forskjellige meninger i poenggivningen (Gro, 2020, s. 542). For å få hele symptombildet til pasienten, er ESAS et godt kartleggingsverktøy (Sæteren, 2017, s. 230). Pasientene har forskjellige opplevelser med symptomene sine og utfordringer med å skille dem fra hverandre (Kirkevold, 2020, s. 110). Skjemaet kan gi utslag på symptom som obstipasjon, men dette kan igjen gi utslag som smerte og ubehag (Laugsand, 2016, s. 515)

1.7 Problemstilling

Hvordan bidra til smertelindring hos pasienter i palliativ fase?

1.7.1 Avgrensning

Problemstillingen er avgrenset til pasienter over 65 år med en kreftdiagnose. Pasientene bor i eget hjem sammen med en partner og de mottar hjelp fra hjemmesykepleie. Pasientene er ikke i terminal fase. Smertelindring i denne oppgaven er rettet mot ikke-medikamentell behandling som personsentrert omsorg, kommunikasjon, relasjon og tillit og bruk av kartlegging og kartleggingsverktøy som ESAS.

2. Metode

2.1 Litteraturstudie

Metoden for vår bacheloroppgave er litteraturstudie. Litteraturstudie vil si at det blir hentet ut fagkunnskap, forskning og teori som allerede finnes (Dalland, 2020, s. 199). Dalland skriver også at kunnskapsgrunnlaget til oppgaven blir basert på det man vil finne ut. For vår oppgave blir det knyttet opp mot vår problemstilling. Formålet er at en skal kunne gi andre

en god forståelse for hvordan en har kommet frem til kunnskapen som er relevant for problemstillingen (Thidemann, 2019, s. 78). For at en skal kunne skape god kvalitet er det viktig at en finner pålitelig kunnskap og arbeider kunnskapsbasert (Stubberud, 2018, s. 24).

2.2 Søkeprosessen og valg av forskning

Søkeprosessen begynte tidlig i oppgaven og vi søkte etter artikler 25.10.2023, men de vi fant de første ukene hadde ikke nok relevant forskning opp mot vår problemstilling. Dermed gjorde vi ytterligere søk i perioden 01.11-24.11.2023. For å finne relevante forskningsartiklene har vi ut fra problemstillingen vår brukt PICO skjema som gir oss gode spørreord (Thidemann, 2019, s. 83).

	P - population/patient/problem	I - Intervention	C	O - Outcome
Norsk	Kreftpasienter Eldre	Palliativ pleie, Helsepersonell, sykepleiere		smertelindring, Livskvalitet, Kontinuitet sykepleier- pasient relasjon
Engelsk	Cancer patients, Elderly	Palliative care, Health personell, Health Care, nurses, Early intervention, Communication		Pain management, Pain, Quality of life continuity nurse-patient- relationship

Vi har valgt å ikke bruke C i PICO da vi ikke ønsker flere tiltak å sammenligne (Thidemann, 2019, s. 84). For å få gode fagord på engelsk, har vi brukt Svemed+ og MESH. Dette fordi

mange forskningsartikler ofte er skrevet på engelsk. Når vi fant ordene vi ønsket å bruke, gikk vi videre til søk i CINAHL, Academic Search Elite, Medline (EBSCO) og PubMed som databaser. Alle søkene ble foretatt i alle databasene. Vi har valgt å bruke mest "AND" for å kombinere søkeordene våre og i et av søkene brukte vi også "OR" for å enten få utvalg på det ene ordet eller det andre (Thidemann, 2019, s. 87). Søkestrategi ligger i vedlegg 1.

I det ene søket fra Academic Search Elite brukte vi ordene "pain mangement" AND "Elderly" AND "Cancer patient". Deretter ble det avgrenset til 2015-2023 og fagfelleurdert. Dette ga oss 97 treff. Her valgte vi ut artikkelen til Hackett et al. (2016). Det neste søket er fra samme database og vi brukte ordene "palliative care" AND "Nurses" AND "Pain management" AND "Nurses-patient relationship" og avgrenset fra 2017-2023 og fagfelleurdert. Deretter fikk vi syv treff og valgte ut artikkelen til Munkombwe et al. (2020). Det neste søket ble det valgt ut artikkel fra CINAHL, der vi brukte søkeordene "palliative care" AND "Quality of life" AND "Cancer patients". På grunn av høy treffliste valgte vi å avgrense artikler fra 2018-2023, kun europeiske artikler og fagfelleurdert. Da vi enda hadde en del treff valgte vi å kombinere "Health personell" OR "Nurses" med AND. Da fikk vi syv treff. Vi valgte her artikkelen til Goni-Fuste et al. (2023). Vi gjorde et til søk i CINAHL der vi brukte søkeordene "Cancer patients" AND "Early intervention" og det ble avgrenset fra 2015-2023 og fagfelleurdert. Dette gav oss 102 treff og vi kom over den norske artikkelen til Vigstad et al. (2018) som vi valgte å bruke.

Det neste søket var i Medline (EBSCO) og her brukte vi ordene "Palliative care" AND "Continuity" AND "Health Care". Dermed avgrenset vi fra 2017-2023 og fagfelleurdert og dette gav oss 92 treff, og valgte artikkelen til Den Herder-van der Eerden et al. (2017). Det siste søket var i Pubmed og her brukte vi ordene "palliative care" AND "Communication" AND "pain". Deretter avgrenset vi det til 2015-2018 og til systematisk oversikt. Dette gav oss 65 treff og vi valgte ut artikkelen til Avallin et al. (2023).

2.3 Kildekritikk

2.3.1 Kritisk vurdering av artiklene

Når vi skal kritisere kildene må vi ta en vurdering på å identifisere det vi har funnet (Dalland, 2020, s. 152). Videre må vi reflektere over hvor relevant artikkelen er og gyldigheten for problemstillingen. Gjennom litteratursøket leste vi først abstrakter og vurderte relevansen for vår oppgave. Deretter leste vi fulltekst, der vi gikk grundig gjennom hensikt, metode og funn før vi valgte ut våre artikler. Noen artikler ble også valgt vekk da vi leste gjennom hele. Grunnen for det var at det ikke var relevant for vår oppgave eller at de faktisk ikke svarte på sin problemstilling. De seks artiklene vi har valgt å bruke er fire artikler som er kvalitative, en kvantitativ studie og en oversiktsartikkel. Da vi kritisk vurderte artiklene, brukte vi sjekklister som passet til de ulike metodene fra artiklene og sjekklister ble hentet fra helsebiblioteket (Helsebiblioteket, 2021). Dette fordi ulike metoder krever ulike spørsmål (Nortvedt et al., 2021, s. 78). Det første en bør stille seg er om problemstillingen er klar, om metoden er god nok til å svare på problemstillingen, om resultatene er troverdige, hva resultatene sier og om resultatene kan brukes i praksis (Nortvedt et al., 2021, s. 78-70). Disse spørsmålene stilte vi oss for hver av artiklene vi valgte. Vi valgte å ta utgangspunkt i europeiske land, men kun ett av søkene våre blir avgrenset til dette. Til slutt endte vi opp med noen ikke europeiske, men har da satt artiklene opp mot en norsk kontekst. Søkene ble avgrenset fra 2015, 2017 eller 2018 til 2023, kortere tidsrom der vi hadde mange treff. Dette for å få ny og oppdatert forskning. Alle studiene ble avgrenset til fagfelle-vurdert. Vi har også tatt utgangspunkt i eldre pasienter når vi leste igjennom studiene, men ble ikke avgrenset i hvert søk.

2.3.2 Kildekritikk av annen litteratur

I vår litteraturstudie har vi brukt boken *Palliasjon: Nordisk lærebok* (2016). Kun deler av denne boken er pensum, hvor pensumbøker henviser til boken. Deler av boken er rettet mot master. Vi har valgt ut det som er relevant for vår oppgave og brukt primærkilden der en annen bok har henvist til denne. Vi har også brukt noe fra boken *Kreftsykepleie* (2017), men boken omhandler mer kreft generelt og mindre om palliasjon. Vi brukte kun noe av det som var relevant. Samtidig har vi brukt boka *Mellommenneskelig forhold i sykepleie* til Travelbee (2001). Til tross for at det er en bok fra 2001, ser vi den som god og relevant for oss da hun har vært i flere lærebøker med sine sykepleieteorier. Vi har brukt noe fra boken *Omsorg for*

døende og deres pårørende til Rønsen og Trier (2022). Denne er ikke på pensum, men kommer med relevant litteratur og er skrevet for helsepersonell og pårørende.

2.3.3 Styrker og svakheter ved litteraturstudie som metode

I vår litteraturstudie som metode er styrken at vi har brukt fire databaser i våre søk. I tillegg har vi valgt å bruke databaser som er sykepleie relevante og ikke databaser som går mer ut på andre fagområder. Vi har også valgt å fokusere på søkeord som gav oss mest treff for det som var relevant for oss. En annen styrke er at vi i vår oppgave har tilstrebet å bruke primærkilder. En svakhet kan være at vi ikke har brukt flere databaser enn de fire. I tillegg kan en begrensing være søkeordene, fordi det kunne blitt brukt flere andre søkeord mot vår oppgave som muligens kunne gitt andre resultater. Samtidig har vi hatt mange søk og brukt de som vi følte vi fikk mest treff på. Eksempelvis ordet "pain" og "pain management", kunne det også blitt brukt "pain assessment" og "pain relief". Samtidig kan for eksempel et ord på norsk ha mange ulike formuleringer som kan gjøre det utfordrende å finne det rette ordet.

3. Resultat

3.1 Presentasjon av artikler

Artikkel 1: Patient and caregiver perspectives on managing pain in advanced cancer: A qualitative longitudinal study (Hackett et al., 2016).

Hensikten med studien var å se på pasienter og omsorgspersoners erfaringer med smerter og et innblikk i teoretiske og praktiske forskjeller ved kreftsmarter. Metoden var en kvalitativ studie med dybdeintervju som ble ført med pasienter alene eller sammen med omsorgspersoner. Samtidig ble det også brukt lydtegnbøker tatt opp av pasienten.

Resultatene som fremkom i studien, var forskjellige smertemønstre hos pasientene. Det var forskjeller i kompleksitet, alvorlighetsgrad, forbigående og hvordan de opplevde kontroll. Sanserintrykk og følelser kunne avgjøre om pasienten ba om hjelp og at opplevelse av smerten var viktig og ikke troen på smertestillende. Funn viste også at pasientene trengte

ulik lindring som for eksempel ikke-medikamentelle tiltak som massasje, grønmynte og Reiki, som ikke gav mindre smerte, men en bedre følelse.

Artikkel 2: **Palliative pasienter får bedre lindring med tidlig symptomvurdering og tiltak** (Vigstad et al., 2018).

Studien hadde som hensikt å finne ut av de palliative kreftpasientene sine rapporter om symptomer ved første innleggelse på palliativ enhet. I tillegg til forskjellen på symptomer hos de ulike kjønnene og endringene i symptombylde etter opphold. Metoden som ble brukt var retrospektiv, kvantitativ studie, der det ble brukt data som var anonymisert. Statistiske analyser ble også gjennomført. Det var 134 kvinner og 139 menn som deltok. Studiens funn viste at kvinner hadde høyere skår enn menn på de fleste punktene. I tillegg ble skåren på alle symptomer lavere etter opphold. Samtidig viser funn at smerter har en klar sammenheng med andre symptomer. De kom også fram til at man må kartlegge alle symptomer og hjelpe dem når skåren på noen av punktene i ESAS er fra 4 og oppover, samt at sykepleieren har gode kunnskaper om symptomlindring.

Artikkel 3: **Nurses' experiences of providing nonpharmacological pain management in palliative care: A Qualitative study** (Munkombwe et al., 2020).

Denne studien hadde som hensikt å se på sykepleiernes erfaringer ved ikke-medikamentelle terapier når pasientene fikk palliativ behandling og hadde smerter. Metoden var kvalitativ deskriptiv studie med fortellende intervjuer. Resultatene fra studien viste at relasjon gav bedre smertebehandling ved ikke-medikamentelle tiltak, der en lyttet mer til pasientens ønsker og behov. Samtidig viste studien at pasientene responderte ulikt. I tillegg var venner, familie og kirke viktig for å bedre smertene, fordi de fikk mer stimuli i form av kommunikasjon. En av utfordringene var at ikke alle pasienter fikk tilbud om ikke-medikamentell behandling, da det var mangel på helsepersonell med kompetanse.

Artikkel 4: **How Continuity of care is experienced within the context of integrated palliative care: A Qualitative study with patients and family caregivers in five European countries** (den Herder-van der Eerden et al., 2017).

Studiens hensikt var å undersøke hvilken betydning kontinuitet hadde for omsorgen i den palliative pasienten og familien deres. Metoden var en longitudinelt kvalitativ studie med intervjuer av pårørende og pasienter, der de hadde fokus på helsepersonellens reaksjoner på de behovene de hadde. Det var 152 deltakere fra 5 europeiske land ved palliative enheter. Funn i studien viste at kontinuitet gjorde en forskjell, der helsepersonell kunne bedre se hele pasienten bak sykdommen og se deres behov. I tillegg ble det dannet en relasjon mellom dem. Studien viste viktigheten av at helsepersonell hadde alt av informasjon da pasienten slapp å gjenta seg. Dette ville gi bedre tillit mellom pasient og helsepersonell. Pasientene ville også bli sett etter sine behov og ikke kun som et objekt innenfor medisinen. Samarbeid mellom helsepersonell og pasient eller pårørende var også nødvendig.

Artikkel 5: **What makes the palliative care initial encounter meaningful? A descriptive study with patients with cancer, family carers and palliative care professionals** (Goni-Fuste et al., 2023).

Hensikten med studien var å finne ut hvilke forventninger pasienter med kreft har og deres pårørende hadde til første møte med palliativ behandling. I tillegg til å kartlegge hva som gjorde det meningsfullt. Metoden var kvalitativt deskriptiv studie med innholdsanalyse, der de samlet inn pasienter, pårørende og helsepersonell sine forventninger. Det var 60 deltakere ved ti palliative enheter i Spania. Resultatene sa at det første møtet kunne få et bedre syn på palliativ behandling for pasient og deres pårørende ved å først forklare hva det innebærer. Samtidig sa funn at en personsentrert tilnærming var viktig i arbeidet. Dette kunne hjelpe med å forstå pasientens plager og behov. Det var viktig at pasient og pårørende fikk være med å bestemme. Samtidig som man bygget en relasjon og tillit med pasient og familie. Kommunikasjon om fremtiden så de som et nødvendig tema, der de ville finne ut av frykter og ønsker.

Artikkel 6: **Testing a model for person-centred pain management: A systematic review and synthesis guided by the fundamentals of care framework.** (Avallin et al., 2023).

I studien hadde de som formål å bidra til økt lindring av smerte gjennom tilnærming som er

personsentrert grunnleggende omsorg, der de ønsket å teste det med en modell for personsentrert smertebehandling. Metoden de brukte var en systematisk gjennomgang av kvalitative studier, der de brukte en deduktiv tematisk syntese og de fikk frem sykepleier og pasient perspektiver. Det var 15 studier som ble inkludert. Funn fra studien viste elementer som var viktig for smertebehandlingen, som blant annet var tillit, atferd til sykepleieren og lytte til pasienten. Det var også viktig å vurdere behovet for medikamentell og ikke-medikamentell, samtidig som de fikk fram ønsker og motsigelser. Studien viste også at personsentrert omsorg, kommunikasjon var nødvendig, samt samhandling i omsorgsteam som delte informasjon seg imellom og samhandling med pasienter.

3.2 Tematisk oppsummering av funn

3.2.1 Personsentrert omsorg

Av de inkluderte studiene fikk tre av de med seg viktigheten av å høre på pasientenes behov og ønsker ved smertelindring (Avallin et al., 2023; Goni-fuste et al., 2023; Hackett et al., 2016). Avallin et al. (2023) belyser viktigheten av å høre på pasientens smerter og personsentrert omsorg som en viktig del i smertelindringen. Goni-Fuste et al. (2023) viser til at personsentrert tilnærming var nødvendig og det kunne hjelpe med å forstå pasienters plager og behov. Hackett et al. (2016) viser at pasientene hadde ulike smertemønstre. De trengte ulik lindring og ikke-medikamentelle tiltak kunne hjelpe til å få en bedre følelse.

3.2.2 Smertelindring ved hjelp av kommunikasjon, relasjon og tillit

Fire av de inkluderte studiene fikk frem at det var viktig med kommunikasjon, tillit og relasjon ved smertelindring (Avallin et al., 2023; Den Herder-van der Eerden et al., 2017; Goni-Fuste et al., 2023; Munkombwe et al., 2020). Avallin et al. (2023) viste at tillit, å lytte til pasienten og kommunisere både i omsorgsteam og sammen med pasienter kunne gi bedre smertelindring. Den Herder van der Eerden et al. (2017) påpeker at kontinuitet utgjorde en forskjell, der det ble bedre kommunikasjon, dannet en relasjon og skapte bedre tillit. Goni-Fuste et al. (2023) belyser at det var viktig å bygge relasjon, skape tillit og det var nødvendig

med kommunikasjon om fremtiden. Samtidig som en jobbet for å forstå pasientens plager og behov. Munkombwe et al. (2020) fant ut at det var viktig å lytte til pasienten og kommunikasjon med familien, venner eller kirken gav dem en bedre smertelindring.

3.2.3 Å kartlegge pasientens smerter

To av studiene drar fram at det er forskjeller i symptomer og smerte hos pasientene og at en må vurdere behovene for å kunne kartlegge smerte (Hackett et al., 2016; Vigstad et al., 2018). Hackett et al. (2016) påpeker forskjeller i smertemønstre og at pasienter kunne trenge ulik lindring. Vigstad et al. (2018) fant ut at det kunne være sammenheng i symptomene, andre symptomer som kunne påvirke smerte, forskjeller i kvinner og menn og mindre symptomer etter opphold.

4. Drøfting

I drøftingen skal vi svare på problemstillingen vår "Hvordan bidra til smertelindring hos pasienter i palliativ fase?". Dette er temaene personsentrert omsorg, kommunikasjon, relasjon, tillit og kartlegging.

4.1 Personsentrert omsorg

Som sykepleier kan det å arbeide personsentrert være viktig, da en aktivt må rette seg mot enkelt menneske (Rokstad, 2021, s. 30). Dessuten er dette nødvendig for å kunne gi den helhetlige omsorgen (Kirkevold, 2020, s. 98). Likedan sier Avallin et al. (2023) at omsorg som er personsentrert, innebærer at både pasient og pårørende er inkludert, ettersom dette kan være med på å gi bedre omsorg. For det første når en er sykepleier og skal jobbe med pasienten viser de yrkesetiske retningslinjene at den helhetlige omsorgen er nødvendig (NSF, 2023). For det andre sier teoretikeren Travelbee (2001, s. 140) at en må se mennesket som unikt, for at pasienten skal kunne ønske å fortelle om sine utfordringer. Dessuten var dette nødvendig for at sykepleieren skulle kunne hjelpe med deres lindring. Grunnen til dette kan være at pasienten ikke ønsker å fortelle om sine plager, dersom sykepleieren så alle

pasientene som like. I praksis møtte vi pasienter i palliativ fase og der var det få som opplevde smertene likt. Ettersom alle mennesker er forskjellige, må man også tenke at smerten er individuell, subjektiv og sammenfattet, for å kunne bidra til lindring (Danielsen et al., 2016, s. 381). Noen likhetstrekk viser studien til Hackett et al. (2016) der det var ulikheter i smerte hos pasientene. Derfor blir oppgaven til sykepleiere viktig, for å fange opp smertene hos den enkelte.

Et annet relevant punkt for personsentrert omsorg, er at pasientene også får være delaktig i beslutninger (Kristoffersen, 2016, s. 265). Studiene til Avallin et al. (2023) og Goni-Fuste et al. (2023) trekker også fram viktigheten av å lytte til pasientens behov og syn på smerter. Derfor er det viktig som sykepleier å samhandle med pasienten. Samtidig støttes dette også opp i pasient- og brukerrettighetsloven (1999, §3-1), der det kommer fram at pasienten har rett til å ta valg om gjennomføring av helse- og omsorgstjenester så lenge de er tilgjengelige og forsvarlige. Dette kan vise at sykepleierne har en viktig oppgave med å se hele mennesket og lytte til deres valg. Dessuten vises det i de yrkesetiske retningslinjene at pasientens autonomi og respekt for deres valg skal bevares (NSF, 2023).

Å kunne se hele mennesket bak sykdommen, er en viktig oppgave for sykepleierne som arbeider personsentrert (Kristoffersen et al., 2021, s. 22-23). På den ene siden sier studien til Hackett et al. (2016) at noen pasienter følte seg maktesløse, da de hadde problemer med smertelindring. Derfor kan det være viktig for sykepleierne å veilede etter pasientene sine behov. På en annen side hevder Stortingsmeldingen at personsentrert omsorg kan hjelpe mot en helhetlig omsorg og at grunnleggende behov blir tatt vare på (Meld. St. 24 (2019-2020)). Derfor er det nødvendig for sykepleiere å være klar over dette, fordi den palliative og lindrende behandlingen vil øke i Norge (FHI, 2021). Samtidig påpeker helsepersonelloven (1999, §4) at sykepleiere er ansvarlig for at pasienten får omsorgsfull hjelp og etter faglig forsvarlighet. Ettersom det er viktig at pasientene skal få det så bra som mulig i den palliative fasen, har sykepleieren en viktig oppgave med å arbeide mot å håndtere symptomene (Grov, 2020, s. 542).

En annen viktig del av personsentrert omsorg er å lytte til pasienten (Nortvedt, 2016, s. 178). For å kunne gi bedre smertelindring må en vite hva som er viktig for pasientene. Dersom

pasienten har pårørende i hjemmet, kan det være viktig å samhandle med dem for å få bedre forståelse av symptomene til pasienten (Goni-Fuste et al., 2023). Til forskjell må en trå varsomt hvis pasienten ikke har gitt samtykke for at pårørende kan tilegne seg informasjonen, fordi Helsepersonelloven (1999, §21-22) sier at helsepersonell ikke har lov å fortelle informasjon med mindre pasienten har gitt samtykke for det. Det kan da være viktig å høre med pasienten om hvem som kan få informasjon om deres plager og utfordringer. I praksis har vi opplevd at det er ulikt for pasientene, noen ønsker at deres nærmeste skal vite alt, mens andre ønsker ikke at noen skal vite det som er galt. Heretter vises det i studien til Hackett et al. (2016) at den ene pasienten fortalte om sin situasjon etter at pårørende hadde gått ut. Derfor kan det være viktig å samhandle med pasienten, eller i team blant helsepersonell, pasient og pårørende om pasienten ønsker det (Kirkevold, 2020, s. 100).

I praksis så vi flere pasienter som trengte ulik tilnærming til det vonde. Derfor kan personsentrert omsorg tolkes som en nødvendig arbeidsmåte for å kunne bidra til smertelindring, da pasientene kan ha ulike behov og utfall av symptomer (Kaasa & Loge, 2016, s. 48). På den ene siden vises det også i Danielsen et al. (2016, s. 392) at for noen lindret det med en hånd på det vonde, mens for andre lindret det med å blåse mot det vonde. Fra en annen vinkel vises også den personsentrerte tilnærmingen som viktig for pasienter i palliativ fase, ved at de får deres ønsker oppfylt (Kaasa & Loge, 2016, s. 48). Dessuten viste også forskningen til Avallin et al. (2023) viktigheten av personsentrert omsorg til pasienter med kreft som har smerter. Likevel kommer det fram at de var nødvendig med tillit og kommunikasjon.

4.2 Smertelindring ved hjelp av kommunikasjon, relasjon og tillit

Kommunikasjon er viktig for at sykepleiere skal kunne vite pasientens ønsker og behov (Eide & Eide, 2017, s. 29). For det første sier de nasjonalfaglige retningslinjene at innenfor palliasjon er kommunikasjon grunnleggende for at pasienten skal bli best mulig ivaretatt (Helsedirektoratet, 2019, s. 14). For det andre kan kommunikasjon komme i ulike former og det er da viktig for sykepleierne å fange opp både verbale og non-verbale tegn (Kristoffersen, 2016, s. 34). Basert på det Kristoffersen (2016, s. 34) sier kan det være viktig å observere disse tegnene, når man skal bidra til smertelindring av pasienter i palliativ fase. Dessuten bør

sykepleiere være klar over måten en fremstår på, da andre kan tolke signalene man gir (Loge, 2016, s. 216). Dette kan gjelde både kroppsspråk og tonefall. Grunnen til dette kan være fordi pasienten kan føle på det om man sender ut feil signaler. På en annen side er det ønskelig med gode kommunikasjonsevner, fordi sykepleierne har kontakt med andre mennesker og kan gjennom samtale danne en god kommunikasjon (Rønsen & Trier, 2022, s. 15). Dessuten sier Avallin et al. (2023) at å kommunisere er en viktig del av arbeidet som sykepleier. Dette kan tolkes som nødvendig i og med at en får ut mye informasjon om smerter ved å samtale med pasienten.

Både Molnes (2021, s. 89) og Den Herder-van der Eerden et al. (2017) viser at i møte med pasienter vil det være fordelaktig dersom helsepersonell klarer å få til kontinuitet og et fåtall av pleiere. Dette fordi det kan føre til lettelse for pasienten. I tillegg kan helsepersonell få et bedre kjennskap til pasienten og dens smerter. For det første sier Molnes (2021, s. 89) at kontinuitet og bedre kjennskap kan skape bedre tillit, da det kan være utfordrende for pasienten å gjenta sin sykehistorie til flere pleiere. For det andre gjorde kontinuitet det lettere for pasienten, fordi de unngikk å måtte fortelle informasjon om smertene eller annen helserelatert informasjon til et flertall av helsepersonell (Den herder-van der Eerden et al., 2017). Samtidig viser det at kontinuiteten fører til bedre relasjon mellom helsepersonell og pasient eller pårørende. Likedan viser Molnes (2021, s. 89-90) at kontinuiteten kan føre til at det dannes en relasjon og tillit mellom pasient og pleier. Med tanke på at pasient og sykepleier er kontinuerlig sammen, får de bedre kjennskap til hverandre. I motsetning viser Den herder-van der Eerden et al. (2017) at helsepersonell ofte manglet informasjon og det kunne hemme tillit når sykepleieren ikke hadde kontroll på riktig informasjon. Samtidig kunne tillitsforholdet bli svekket av å gjenfortelle informasjonen flere ganger. Dette kan tolkes som at hvis man ikke har kontroll på hvilke smerter pasienten har, kan det skape mistillit og mer utfordringer å få informasjon om eksempelvis smertene. På en annen side er kommunikasjon og tillit med på å danne relasjonen, som Vasset & Molnes (2021, s. 70) sier. Deretter kan sykepleierne bruke kommunikasjon med pasient og pårørende for å skape en relasjon (Rokstad, 2021, s. 52-53).

Et annet relevant punkt er at omsorg i palliativ fase baseres på tillit (Rønsen & Trier, 2022, s. 15). Videre ser en at tillit kan vises på forskjellige måter (Avallin et al., 2023). Dette kan være

ved eksempelvis kunnskapen man har som sykepleier, ha øyekontakt og å ha handlingsevne. Ved praksis erfarte vi at når en gikk inn i pasientens private hjem, måtte man opptre respektfullt. Dessuten bekreftes dette av Norås (2017, s. 315) og det vektlegges at en bør være bevisst på egne holdninger og fremtreden når en kommer inn til pasienten. Samtidig vises det at god kommunikasjon var grunnleggende for at pasient og pårørende skulle bli trygg på helsepersonellet. Grunnen til det kan være at når pasienten er trygg, kan det gi rom for relasjonen og skape tillit (Norås, 2017, s. 315). Dette kan tenkes som viktig for at pasientene skal kunne fortelle om sine smerter. Fordi om de ikke er trygg, har tillit eller har en relasjon, er det ikke sikkert de stoler nok på helsepersonell til å uttrykke hvor vondt de har det. På den ene siden er det ifølge Avallin et al. (2023) kommet frem indisier som tilsier at under behandling for smerte hadde tilliten mellom pasient og helsepersonell stor betydning. På den andre siden kan sykepleierens oppførsel fremme den tilliten en ønsker å oppnå (Norås, 2017, s. 310). Ettersom Travelbee (2001, s. 124) viser at håp og tillit står sterkt sammen innen lindring og palliasjon, kan sykepleierens oppgave være viktig for å tilrettelegge for håp etter best mulig evne. Dette på grunn av at innen lindring og palliasjon står håp og tillit sterkt sammen. Derfor kan det da også være en sykepleieroppgave å peke ut positive hendelser med pasientens familie og venner (Munkombwe et al., 2020). Samtidig som man setter i verk ikke medikamentelle tiltak for å lindre smertene. Heretter er det viktig for helsepersonell å ikke bare fokusere på det psykiske eller fysiske, men å se hele mennesket (Travelbee, 2001, s. 112-113). Dessuten er målet til palliasjon å dempe ubehag og ivareta god kvalitet i livet til både pasient og pårørende (Helsedirektoratet, 2019, s. 6)

Dårlig tid og stress, er faktorer man bør unngå fordi det kan ha dårlig innvirkning på kommunikasjonen (Molnes, 2021, s. 75). Grunnen til dette kan tenkes å være fordi en ikke får tid til å sette seg ned å ha en samtale med pasienten, noe som vi også erfarte i praksis. Dersom sykepleiere er utsatt for tidspress kan det føre til at jobben blir utført mangelfullt (Norås, 2017, s. 315). Det kan da tolkes slik at sykepleieren ikke får med seg smertebildet til pasienten, da de har det travelt. Derfor er det viktig å se på lovverket og ifølge helsepersonelloven (1999, §4) skal sykepleieren arbeide faglig forsvarlig og omsorgsfullt etter det som kan forventes av helsepersonellens ferdighet, arbeid og situasjon. Dessuten om sykepleieren har et rolig kroppsspråk og fremtoning, kan det gjøre slik at pasienten føler seg mindre stresset (Avallin et al., 2023). Samtidig er det utfordrende for

pasienten å kunne danne en god kommunikasjon med sykepleieren, dersom de kommer på korte besøk (Birkeland & Flovik, 2018, s. 74). Dette kan være fordi på de korte besøkene klarer en ikke å ha lange nok samtaler til å fange opp smertene eller plagene pasienten har.

Dersom pasienten får ikke-medikamentell behandling kan verdifull informasjon komme fram om sykepleieren kommuniserer og observerer pasienten (Munkombwe et al., 2020).

Dessuten viste studien at ved tid og kommunikasjon, skapte det en relasjon som gav sykepleieren bedre grunnlag til forståelse av pasienten og dens smerter. På den andre siden er det viktig at atferden til sykepleieren er profesjonell og omsorgsfull for å kunne skape relasjoner (Avallin et al., 2023). Dette betyr at helsepersonell bør ha tillit til smertene pasienten uttrykker. Derfor er det nødvendig å tenke på at det kan være viktig å kommunisere om pasientens behov, da alle kan trenge ulik hjelp mot smertene (Lorentsen & Grov, 2016, s. 427). Heretter kan det tenkes som nyttig å lytte til pasienten og tro på deres smerteopplevelse. Samtidig som det kan være viktig at pasient og pårørende blir inkludert i store avgjørelser fra starten av sykdommen (Goni-Fuste et al., 2023). På den andre siden trekker studien fram at pasienter og pårørende som overlater noen av avgjørelsene til helsepersonell, muligens har tillit og tiltro til personalet.

4.3 Å kartlegge pasientens smerter

En forutsetning for å kunne smertelindre pasienten, er at sykepleieren må kartlegge vedkommende (Lorentsen & Grov, 2016, s. 409). Dessuten er også noen av oppgavene til sykepleieren å samle data og observasjoner (Nortvedt & Grønseth, 2016, s. 23). På en side kan dette være viktig, da pasienter kan ha mange forskjellige symptomer som kan påvirke hverandre (Kaasa & Loge, 2016, s. 48). På den andre siden kan det være nødvendig for sykepleieren å kartlegge gjennom ESAS, for å få hele symptombildet til pasienten og smertene (Sæteren, 2017, s. 230). Dessuten er det pasienten selv som kjenner egne smerter og ikke sykepleieren (Rønsen & Trier, 2022, s. 29). Derfor kan det være viktig som helsepersonell å være åpen for å snakke om smerte og gå gjennom skjemaet, slik som Vigstad et al. (2018) sier i studien. Der fremkommer det at andre symptomer kan muligens gi mer utslag enn smerten. Dette kan da tolkes som at å kartlegge ESAS kan man se om smertene kommer fra andre symptomer, eller hvilke symptomer som er mest utartet.

Samtidig kan en sykepleieroppgave være å fange opp om smerten er fysisk eller sosial (Lorentsen & Grov, 2016, s. 409). Grunnen til dette kan være fordi smertene kan føles på alle aspekter. På en annen side forklarer også nasjonalfaglige retningslinjene at fokusområdet innen palliasjon er å symptomlindre (Helsedirektoratet, 2019, s. 6). Derfor kan dette i sammenheng med kartlegging tolkes som nødvendig når pasienten har smerter.

Forskningen til Hackett et al. (2016) påpeker noen ulike smertemønstre og pasientenes utfordringer med å kontrollere det. Dermed blir oppgaven til sykepleieren å hjelpe pasienten med å finne ut hva som kan lindre. Heretter kan en bruke ESAS-skjemaet og samtale med pasienten for å finne ut hvilke punkter pasienten synes er mest krevende (Grov, 2020, s. 542-543). Gjennom praksis har vi også brukt ESAS-skjema, men opplevde at observasjoner måtte gjøres samtidig, fordi noen pasienter gav uttrykk for å være mer smertepåvirket enn det de sa. På den ene siden sier både Vigstad et al. (2018) og Knudsen og Kaasa (2016, s. 396) at pasienten selv kan fylle ut skjemaet, men da blir sykepleierens oppgave å lære opp pasienten i hvordan spørsmålene skal besvares. På den andre siden blir en viktig oppgave å strebe etter at det blir rutinemessig gått gjennom skjemaet for å skape best mulig lindring (Vigstad et al., 2018). I motsetning kan det være det ikke er nok å bare fylle ut skjema, men at helsepersonellet også observerer pasienten (Knudsen & Kaasa, 2016, s. 396). Samtidig som en går igjennom skjemaet.

Når en går ofte til samme pasient, kan det tenkes at en får bedre forståelse for pasientens smerte, dette var noe vi opplevde i praksis. Dessuten om det er sykepleieren som fyller ut punktene på ESAS-skjemaet, vil det være viktig at samme person registrerer det, dette støttes av både Vigstad et al. (2018) og Grov (2020, s. 542). Grunnen til dette er at alle er forskjellige og kan ha ulik oppfatning av tallenes betydning. Derfor kan dette vise til at sykepleierne bør gå til et mindre antall pasienter. Noe annet som en bør vektlegge er at sykepleiere bør arbeide kunnskapsbasert når en kartlegger, fordi det ofte er utfordringer med å skape en god smertelindring (Danielsen et al., 2016, s. 382). Fra en annen side kan sykepleieren ved hjelp av kartlegging hjelpe pasienten mot en tilfredsstillende livskvalitet, i og med det er viktig for den palliative fasen, som Grov (2020, s. 542) poengterer. Derfor er sykepleierens oppgave å først stille spørsmålene i skjemaet, for så å sette i verk tiltak dersom pasienten scorer høyt på noen områder eller har utfordringer med (Vigstad et al.,

2018). Dessuten er det viktig for sykepleieren å tenke gjennom dersom pasienten skårer høyt på eksempelvis obstipasjon, da dette kan gi smerter (Laugsand, 2016, s. 515). Dette kan tolkes som at en bør være forberedt på at andre symptomer kan ha sammenheng med smertene. Derfor kan det være nødvendig å behandle dem først.

Heretter sier Vigstad et al. (2018) at det er viktig at sykepleieren har kunnskap om symptomer. Dersom man ikke har kunnskapene, kan man heller ikke fange opp utfordringene til pasienten. Dette kan tenkes som viktig for å kunne lindre smerte som kan forekomme av andre plager. På en annen side kommer det fram i Knudsen og Kaasa (2016, s. 387) at mange får ikke nok smertelindring, samt at en av punktene er at det ikke er nok kunnskaper om lindring. Fra en annen vinkel kan det være utfordrende, da det ikke alltid er like lett å se hvordan de ulike symptomene henger sammen (Kirkevold, 2020, s. 110). Samtidig som det er individuelt for hver og en. Dette viser hvor viktig det er at sykepleiere og annet helsepersonell har nok kunnskaper, slik at pasienten får smertelindringen den har behov for. Likedan kan det være viktig å samhandle med både pasient, pårørende, annet helsepersonell og spesialisthelsetjenesten for å kunne gi en bedre smertelindring (Den Herder-van der Eerden et al., 2017; Knudsen & Kaasa, 2016, s. 387).

5. Avslutning

I denne litteraturstudien har vi sett på hvordan sykepleiere kan bidra til smertelindring for pasienter i palliativ fase. Det ble systematisk gått gjennom funn fra forskning og da kom vi fram til tre tema som skulle hjelpe oss å gi svar på problemstillingen. Temaene vi endte opp med var personsentrert omsorg, kommunikasjon, relasjon, tillit og kartlegging.

Det viser seg at personsentrert omsorg kan være viktig i arbeidet med å smertelindre pasientene i palliativ fase. Gjennom personsentrert omsorg kunne en ved å la pasienten få ta del i avgjørelser og samhandling med pasient og pårørende, få en bedre forståelse for smertene til pasienten og deres ønsker. Det var viktig at sykepleieren klarte å se mennesket bak sykdommen for å lindre ubehag og at de fikk det bra. For å kunne tilnærme seg en personsentrert omsorg i praksis er disse punktene viktig, fordi pasienter er forskjellige og

reagerer ulikt på smerte. Da må en kunne tilnærme seg den enkelte.

I denne litteraturstudien viste det seg at kommunikasjon var viktig ved å lytte til pasienten, lese tegn fra kroppsspråk og å få frem deres meninger og behov. Dette kunne gi mye informasjon som sykepleiere kunne bruke videre for å bidra mot en tilfredsstillende smertelindring. Både relasjon og tillit viste seg å henge sammen med kommunikasjon. Å kunne få tillit og relasjon til sykepleieren kunne gjøre det enklere for pasienten å snakke om smertene. For å få til dette i praksis kan det kreve at sykepleieren har bedre tid til pasientene og at de er mindre stresset, samt at det er kontinuitet i helsepersonellet som kommer. En bedre smertelindring kan være mulig med kommunikasjon, relasjon og tillit når sykepleieren blir kjent med pasientene, har forståelse for deres opplevelser og har gode holdninger.

Det kan se ut som symptomene ofte har en sammenheng og dermed er kartlegging og ESAS-skjema viktig, da andre symptomer kan henge sammen med smerte. Dette kan være med på å hjelpe sykepleieren og pasienten selv med å få et bedre bilde av smertene og andre symptomer. Dersom kartleggingen skal bidra til smertelindring bør den gjøres kontinuerlig og fortrinnsvis av samme person. For å utføre kartleggingen i praksis, er det også viktig med bedre kunnskaper om symptomlindring. Da lite kunnskap og lite forståelse av sammenhengen på symptomene kan gi utfordringer.

Litteraturliste

- Avallin, T., Muntlin, Å., Kitson, A. & Jangland, E. (2023). Testing a model for person-centred pain management: A systematic review synthesis guided by the fundamentals of care framework. *Journal of clinical nursing*, 32(19-20), 6811-6831. <https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1111/jocn.16770>
- Bertelsen, B. (2016). Grunnleggende sykdomslære. I S. Ørn & E. Bach-Gansmo (Red.), *Sykdom og behandling* (2. utg., s. 34-49). Gyldendal Norsk Forlag.
- Birkeland, A. & Flovik, A. M. (Red.). (2018). *Sykepleie i hjemmet* (3. utg.). Cappelen Damm.
- Dalland, O. (2020). *Metode og oppgaveskriving* (7. utg.). Gyldendal Norsk Forlag.
- Danielsen, A., Berntzen, H. & Almås, H. (2016). Sykepleie ved smerter. I D.-G. Stubberud, R. Grønseth & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie 1* (5. utg., s. 381-427). Gyldendal Norsk Forlag.
- den Herder-van der Eerden, M., Hasselaar, J., Payne, S., Varey, S., Schwabe, S., Radbruch, L., Van Beek, K., Menten, J., Busa, C., Csikos, A., Vissers, K. & Groot, M. (2017). How continuity of care is experienced within the context of integrated palliative care: A qualitative study with patients and family caregivers in five European countries. *Palliative Medicine*, 31(10), 946–955. <https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1177/0269216317697898>
- Eide, H. & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner: personorientering, samhandling, etikk* (3. utg.). Gyldendal Norsk Forlag.
- FHI. (2021, 17. september). *Lindrende behandling og omsorg i sykehjem og eget hjem: oversikt over systematiske oversikter*. Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/publ/2021/lindrende-behandling-og-omsorg-i-sykehjem-og-eget-hjem/>
- FHI. (2023, 3. oktober). *Kreft i Norge*. Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/he/folkehelse rapporten/ikke-smittsomme/kreft/?term=>
- Finset, A. (2016). Smertepsykologi. I S. Kaasa & J. H. Loge (Red.), *Palliasjon: Nordisk lærebok* (3. utg., s. 372-386). Gyldendal Norsk Forlag.
- Goni-Fuste, B., Pergolizzi, D., Monforte-Royo, C., Julià-Torras, J., Rodríguez-Prat, A. & Crespo, I. (2023). What makes the palliative care initial encounter meaningful? A descriptive study with patients with cancer, family carers and palliative care professionals. *Palliative Medicine*, 37(8), 1252–1265. <https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1177/02692163231183998>

- Grov, E. K. (2020). Pleie og omsorg ved livets slutt. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A.-H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (3. utg., s. 538-557). Gyldendal Norsk Forlag.
- Hackett, J., Godfrey, M. & Bennett, M. I. (2016). Patient and caregiver perspectives on managing pain in advanced cancer: A qualitative longitudinal study. *Palliative Medicine*, 30(8), 711–719. <https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1177/0269216316628407>
- Haugen, D. F. & Aass, N. (2016). Organisering av palliative tilbud. I S. Kaasa & J. H. Loge (Red.), *Palliasjon: Nordisk lærebok* (3. utg., s. 112-125). Gyldendal Norsk Forlag.
- Helsebiblioteket. (2021, 17. september). *Sjekklistor*. Kunnskapsbasert praksis. <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no#4kritisk-vurdering-41-sjekklistor>
- Helsedirektoratet. (2019, 14. oktober). *Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen*. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/palliasjon-i-kreftomsorgen-handlingsprogram>
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell* (LOV-1999-07-02-64). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64>
- IASP. (2020, 16. juli). *IASP Announces Revised Definition of Pain*. <https://www.iasp-pain.org/publications/iasp-news/iasp-announces-revised-definition-of-pain/>
- Kaasa, S. & Loge, J. H. (2016). Palliativ medisin - en innledning. I S. Kaasa & J. H. Loge (Red.), *Palliasjon: Nordisk lærebok* (3. utg., s. 34- 50). Gyldendal Norsk Forlag.
- Kirkevold, M. (2020). Personsentrert og individuelt tilpasset sykepleie: Sentrale perspektiver. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A.-H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (3. utg., s. 98-114). Gyldendal Norsk Forlag.
- Knudsen, A. K. & Kaasa, S. (2016). Smertediagnostikk. I S. Kaasa & J. H. Loge (Red.), *Palliasjon: Nordisk lærebok* (3. utg., s. 387-401). Gyldendal Norsk Forlag.
- Kristoffersen, N. J., Skaug, E.-A., Steindal, S. A. & Grimsbø, G. H. (2021). Introduksjon til sykepleie som fag og tjeneste. I N. J. Kristoffersen, E.-A. Skaug, S. A. Steindal & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie 1: Fag og profesjon* (4. utg., s. 15-28). Gyldendal Norsk Forlag.
- Kristoffersen, N. J. (2016). Stress og mestring. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie 3: Pasientfenomener, samfunn og mestring* (3. utg., s. 237-294). Gyldendal Norsk Forlag.

- Kristoffersen, N. J. (2016). Sykepleiefagets teoretiske utvikling - en historisk reise. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie 3: Pasientfenomener, samfunn og mestring* (3. utg., s. 15-80). Gyldendal Norsk Forlag.
- Laugsand, E. A. (2016). Forstoppelse. I S. Kaasa & J. H. Loge (Red.), *Palliasjon: Nordisk lærebok* (3. utg., s. 511-522). Gyldendal Norsk Forlag.
- Loge, J. H. (2016). Praktisk klinisk kommunikasjon. I S. Kaasa & J. H. Loge (Red.), *Palliasjon: Nordisk lærebok* (3. utg., s. 216-231). Gyldendal Norsk Forlag.
- Lorentsen, V. B. & Grov, E. K. (2016). Generell sykepleie ved kreftsykdommer. I D.-G. Stubberud, R. Grønseth & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie 2* (5. utg., s. 397-436). Gyldendal Akademisk.
- Meld. St. 24 (2019-2020). *Lindrende behandling og omsorg - Vi skal alle dø en dag. Men alle andre dager skal vi leve*. Helse- og omsorgsdepartementet.
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-24-20192020/id2700942/?ch=1>
- Molnes, S. I. (2021). Kommunikasjon med pasienter ved livets slutt. I F. P. Vasset & S. I. Molnes (Red.), *Kommunikasjon i klinisk og sosialt arbeid* (s. 82-90). Fagbokforlaget.
- Molnes, S. I. (2021). Samtale med personer som har en uhelbredelig sykdom. I F. P. Vasset & S. I. Molnes (Red.), *Kommunikasjon i klinisk og sosialt arbeid* (s. 73-81). Fagbokforlaget.
- Munkombwe, W. M., Petersson, K. & Elgán, C. (2020). Nurses' experiences of providing nonpharmacological pain management in palliative care: A qualitative study. *Journal of Clinical Nursing (John Wiley & Sons, Inc.)*, 29(9/10), 1643–1652. <https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1111/jocn.15232>
- NSF. (2023, 21. november). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Norsk sykepleierforbund
<https://www.nsf.no/group/725/yrkesetiske-retningslinjer-sykepleiere>
- Norås, I. L. (2017). Kreftsykepleie i heimen. I A. M. Reitan & T. Kr. Schjøllberg. (Red.), *Kreftsykepleie: Pasient-utfordring-handling* (4. utg., s. 303-327). Cappelen Damm.
- Nortvedt, P. & Grønseth, R. (2016). Klinisk sykepleie - Funksjon, ansvar og kompetanse. I D.-G. Stubberud, R. Grønseth & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie 1* (5. utg., s. 17-39). Gyldendal Norsk Forlag.
- Nortvedt, F. (2016). Smerte - En personlig og sammensatt erfaring. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie 3: Pasientfenomener, samfunn og mestring* (3. utg., s. 169-185). Gyldendal Norsk Forlag.
- Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B. & Gundersen, M. W. (2021). *Jobb kunnskapsbasert! En arbeidsbok* (3.utg). Cappelen Damm.

- 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>
- Rokstad, A. M. M. (2021). *Se hvem jeg er! Personsentrert omsorg ved demens* (2. utg.). Universitetsforlaget.
- Rønsen, A. & Trier, E. M. L. (2022). *Omsorg for døende og deres pårørende: Å være der og være nær*. Fagbokforlaget.
- Stubberud, D. (2018). *Kvalitet og pasientsikkerhet: Sykepleierens funksjon og ansvar for kvalitetsarbeid*. Gyldendal Akademisk.
- Sæteren, B. (2017). Omsorg for alvorlig syke og døende pasienter -sorg og sorgarbeid. I A. M. Reitan & T. Kr. Schjøberg (Red.), *Kreftsykepleie: Pasient-utfordring-handling* (4. utg., s. 224-250). Cappelen Damm.
- Thidemann, I.-J. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving* (2.utg.). Universitetsforlaget.
- Travelbee, J. (2001). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Gyldendal Norsk Forlag.
- Vasset, F. P. & Molnes, S. I. (2021). Kommunikasjon med pasienter som har kroniske lidelser. I F. P. Vasset & S. I. Molnes (Red.), *Kommunikasjon i klinisk og sosialt arbeid* (s. 61-72). Fagbokforlaget.
- Vigstad, S., Clancy, A. & Broderstad, A. R. (2018). Palliative pasienter får bedre lindring med tidlig symptomvurdering og tiltak. *Sykepleien forskning, 13*, Artikkel e-74591
<https://doi.org/10.4220/sykepleief.2018.74591>
- World Health Organization. (2023, 1. juni). *Palliative Care*.
<https://www.who.int/europe/news-room/fact-sheets/item/palliative-care>

Vedlegg 1 Søkestrategi

Database: Cinahl

Dato: 10.11.23

SØKEORD/KOMBINASJONER	TALL ARTIKKELT REFF	LESTE ABSTRAKTER	LESTE FULLTEKSTER	ARTIKKEL/ARTIKLER DU VIL BRUKE
S1 (Palliative care)	52,274			
S2 (Quality of life)	143,409			
S3 (Cancer Patients)	50,603			
S4 (S1 AND S2 AND S3)	838			
S5 (Avgrensning: 2018-2023, Europa og fagfelleverdert)	148			
S6 (Health Personnel)	8,458			
S7 (Nurses)	4,016			
S8 (Health Personell OR Nurses)	12,207			
S9 (S5 AND S8)	7	2	1	«What makes the palliative care initial encounter meaningful? A descriptive

				study with patients with cancer, family carers and palliative care professionals»
--	--	--	--	---

Database: Medline (EBSCO)

Dato: 10.11.23

SØKEORD/KOMBINASJONER	TALL ARTIKKELT REFF	LESTE ABSTRAKTER	LESTE FULLTEKSTER	ARTIKKEL/ARTIKLER DU VIL BRUKE
S1 (Palliative care)	63,650			
S2 (Continuity)	61,414			
S3 (Health Care)	1,106,126			
S4 (S1 AND S2 AND S3)	277			

S5 Avgrensning: 2017-2023, fagfelleverdert	92	3	1	«How continuity of care is experienced within the context of integrated palliative care: A qualitative study with patients and family caregivers in five European countries»
--	----	---	---	--

Database: Academic Search Elite

Dato: 10.11.23

SØKEORD/KOMBINASJONER	TALL ARTIKKEL TREFF	LESTE ABSTRAKTER	LESTE FULLTEKSTER	ARTIKKEL/ARTIKLER DU VIL BRUKE
S1 (Palliative care)	56,626			
S2 (nurses)	284,494			

S3 (pain management)	78,640			
S4 (S1 AND S2 AND S3)	1,027			
S5 Avgrensning: 2017-2023, fagfelleverdert	537			
S6 (Nurse patient relationship)	12,636			
S7 (S5 AND S6)	7	2	1	«Nurses' experiences of providing nonpharmacological pain management in palliative care: A qualitative study»

Database: Academic Search Elite

Dato: 01.11.23

SØKEORD/KOMBINASJONER	TALL ARTIKKELT REFF	LESTE ABSTRAKTER	LESTE FULLTEKSTER	ARTIKKEL/ARTIKLER DU VIL BRUKE
S1 (pain management)	78,688			
S2 (elderly)	245,394			
S3 (cancer patients)	338,764			

S4 (S1 AND S2 AND S3)	178			
S5 Avgrensning: 2015-2023, fagfelleverdert	97	6	3	«Patient and caregiver perspectives on managing pain in advanced cancer: A qualitative longitudinal study»

Database: CINAHL

Dato: 18.11.23

SØKEORD/KOMBINASJONER	TALL ARTIKKELT REFF	LESTE ABSTRAKTER	LESTE FULLTEKSTER	ARTIKKEL/ARTIKLER DU VIL BRUKE
S1 (Cancer patients)	50,773			
S2 (Early Intervention)	14,555			
S3 (S1 AND S2)	136			
S4 Avgrensning 2015-2023, fagfelleverdert	102	4	2	«Palliative patients get greater relief from early screening of

				symptoms and implementation of measures » (<i>Norsk tittel:</i> «Palliative pasienter får bedre lindring med tidlig symptomvurdering og tiltak»)
--	--	--	--	---

Database: PubMed

Dato: 24.11.23

SØKEORD/KOMBINASJONER	TALL ARTIKKELT REFF	LESTE ABSTRAKTER	LESTE FULLTEKSTER	ARTIKKEL / ARTIKLER DU VIL BRUKE
S1 (Palliative care)	103,313			
S2 (Communication)	816,286			
S3 (Pain)	1,033,940			
S4 (S1 AND S2 AND S3)	2,017			
S5 Avgrensing 2015-2023, Systematic Review	65	3	2	«Testing a model for person-centred

				pain management: A systematic review and synthesis guided by the Fundamentals of Care framework»
--	--	--	--	--

Vedlegg 2 ESAS-skjema



Edmonton Symptom Assessment System (ESAS)

Vennligst sett ring rundt det tallet som best beskriver hvordan du har det NÅ:

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

Pasientens navn: _____

Dato: _____

Tidspunkt: _____

Fylt ut av (sett et kryss):

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

Edmonton symptom assessment system, revidert versjon 2010 (ESAS-r)

(Oslo universitetssykehus, 2023)



Høgskulen på Vestlandet

Innlevering av Bacheloroppgave

SYKF390

Predefinert informasjon

Startdato:	17-12-2023 09:00 CET	Termin:	2023 HØST
Sluttdato:	19-12-2023 14:00 CET	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Bacheloroppgave		
Flowkode:	203 SYKF390 1 O 2023 HØST		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.:	119
---------------------	-----

Informasjon fra deltaker

Antall ord *:	7854
----------------------	------

Sett hake dersom
besvarelsen kan brukes
som eksempel i
undervisning?:

Nei

Jeg bekrefter
innlevering til
biblioteket *:

Ja

Egenerklæring *:
Inneholder besvarelsen
konfidensielt
materiale?:

Ja

Nei

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

Ja

Gruppe

Gruppenavn:	(Anonymisert)
Gruppenummer:	19
Andre medlemmer i gruppen:	138

Jeg godkjenner autalen 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