

Kandidatnummer: 5117 & 5209

BSYBAC_5

Bacheloroppgave i Sykepleie



Universitetet
i Stavanger

*Utfordringer sykepleierne opplever for å imøtekomme hjemmeboende kreftpasienters behov
for smertelindring*

Det helsevitenskapelige fakultet

Bachelor i Sykepleie

Stavanger, 05.05.2022

Jeg/vi tillater at bacheloroppgaven kan brukes som eksempeloppgave på studiet

Sammendrag

Bakgrunn

Da det er en stadig økende forekomst av kreft i befolkningen, vil behovet for smertelindring bli større i fremtiden. Smerter er et sentralt symptom i alle faser av en kreftsykdom. 40-50% av kreftpasienter opplever smerter, og ved langtkommen kreftsykdom angir 70-80% at de har behandlingstrengende smerter (Lorentsen & Grov, 2016, s. 402).

Hensikt

Hensikten med oppgaven er å belyse hvilke utfordringer sykepleierne opplever for å imøtekomme hjemmeboende kreftpasienters behov for smertelindring. Videre vil vi belyse pasientens opplevelse ved smertelindring.

Metode

For å besvare hensikten ved temaet brukte vi en integrativ litteraturoversikt. Det blir presentert 4 relevante vitenskapelige forskningsartikler.

Resultater

Litteraturstudiet viser at sykepleierne opplever forskjellige utfordringer for å kunne smertelindre de hjemmeboende kreftpasientene. Mangel på kunnskap og sykepleier ressurser, samt mangelfull smertevurdering, er viktige faktorer som fører til utilstrekkelig smertelindring. Resultatet viser også at det er frykt for opiatavhengighet både hos sykepleier og pasient.

Nøkkelord: Smertelindring, smerter, kreftpasient, sykepleier, hjemmesykepleie, utfordring, hjemmeboende.

INNHold

1.0 INNLEDNING	3
1.1 Bakgrunn for valg av tema.....	3
1.2 Problemformulering.....	3
1.3 Hensikt.....	3
2.0 TEORIKAPITTEL	4
2.1 Hva er kreft?	4
2.2 Kreftrelatert smerte.....	4
2.3 Palliativ behandling	4
2.4 Medikamentell smertelindring	4
2.5 Ulike kartleggingsverktøy	5
2.6 Sykepleierens funksjons- og ansvarsområder.....	6
2.7 Joyce Travelbee sin teori	7
3.0 METODE	7
3.1 Valg av metode	7
3.2 Søkeprosessen	8
3.2.1 Valg av databaser	8
3.2.2 Valg av søkeord og avgrensninger	8
3.2.3 Valg av artikler	8
3.2.4 Inklusjon-og eksklusjonskriterier.....	9
3.3 Analysearbeid.....	12
4.0 RESULTAT	13
4.1 Redsel.....	13
4.1.1 Bruk av opiat, avhengighet og respirasjonsdepresjon	13
4.2 Kunnskapsmangel	14
4.3 Ressursmangel.....	15
4.4 Manglende smertevurdering	15
5.0 DISKUSJON	16
5.1 Metodediskusjon.....	16
5.1.1 Integrativ litteraturoversikt	16
5.1.2 Kildekritikk	17
5.2 Resultatdiskusjon.....	19
5.2.1 Redsel.....	19

5.2.1.1 Bruk av opiat, avhengighet og respirasjonsdepresjon	19
5.2.2 Kunnskapsmangel	20
5.2.3 Ressursmangel	22
5.2.4 Manglende smertevurdering	23
5.2.5 Konklusjon	25
6.0 ANVENDELSE AV RESULTATENE I PRAKSIS	26
7.0 REFERANSER.....	27
8.0 VEDLEGG	29
<i>Vedlegg 1: Søkelogg.....</i>	<i>29</i>
<i>Vedlegg 2 Litteratormatrise</i>	<i>31</i>
<i>Vedlegg 3: Edmonton Symptom Assessment System.....</i>	<i>36</i>

Antall ord: 7797

1.0 INNLEDNING

I befolkningen i Norge er det over 300.000 personer som har kreft i sin sykdomshistorie, og en av tre nordmenn har fått minst en kreftdiagnose før de fylt 75 år. Dette var et tall fra 2020 som er publisert i 2021. Kreft er en utbredt sykdomsgruppe som mange pasienter blir berørt av (Kreftregisteret, 2020). Smerter er et sentralt symptom i alle faser av en kreftsykdom. 40-50% av kreftpasienter opplever smerter, og ved langtkommen kreftsykdom angir 70-80% at de har behandlingstrengende smerter. Mange kreftpasienter er redd for å oppleve smerte (Lorentsen & Grov, 2017, s. 402). For at sykepleierne skal oppnå tilstrekkelig smertelindring hos kreftpasienter kreves det solide kunnskaper om smerte.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Ute i praksis som sykepleierstudenter i hjemmetjenesten observerte vi at kreftpasienter opplever å ikke være tilstrekkelig smertelindret. Vi fikk et inntrykk av at smerte er et sentralt symptom i alle faser av en kreftsykdom. Smertelindring er en av sykepleierens ansvarlige roller (Lorentsen & Grov, 2017, s. 402). Av den grunn har det vekket vår interesse for dette temaet innen sykepleieutøvelsen. Vi ønsker å fordype oss innen smertelindring ved å se nærmere på sykepleierens utfordringer for å imøtekomme hjemmeboende kreftpasienters behov og opplevelse ved smertelindring. Ved å se nærmere på dette, vil vi få bedre forståelse og vi blir godt forberedt til å møte kreftpasienter videre i vårt arbeid som sykepleiere.

1.2 Problemformulering

Kreft og smertelindring er et stort tema, og omfatter en rekke ulike aspekter. For å redusere omfanget på oppgaven, har vi vært nødt til å gjøre noen avgrensninger. Pasientgruppen i oppgaven er voksne kreftpasienter i alderen 18 år og oppover med inkurabel kreftdiagnose, og de har smerter som direkte plager forårsaket av kreftsykdommen. Pasientene har startet på den tidlige fasen av den palliative behandlingen og har behov for smertelindring av hjemmesykepleieren. Vi går ikke inn på en bestemt kreftdiagnose eller kjønn, men omtaler generelt kreftpasienter som bor hjemme.

1.3 Hensikt

Hensikten med oppgaven er å belyse hvilke utfordringer sykepleierne opplever for å imøtekomme hjemmeboende kreftpasienters behov for smertelindring. Videre vil vi belyse pasientens opplevelse ved smertelindring.

2.0 TEORIKAPITTEL

2.1 Hva er kreft?

Kreft er en sykdom som oppstår i genene på grunn av skader (mutasjon) i en celled arvestoff (DNA), der cellen deler seg ukontrollert. Kreftcellene fortsetter å dele seg, noe som fører til opphopning av kreftceller i organet der den ukontrollerte veksten startet, og danner en kreftsvulst. Vi har ulike kreftbehandlinger avhengig av hvor kreften er lokalisert, og hvilken kreftform pasienten har. De vanligste behandlingsformene for kreft er strålebehandling, kirurgi og cytostatika behandling som kan brukes hver for seg og i kombinasjon med hverandre (Lorentsen & Grov, 2017, s. 399). Når kreftpasienten ikke lenger har nytte av behandlingsformene, endres målet for den medisinske behandlingen og sykepleien endres da mot symptomlindring (Lorentsen & Grov, 2017, s. 423).

2.2 Kreftrelatert smerte

Smerten er den plagen som kreftpasienter frykter mest (Lorentsen & Grov, 2017, s. 402). Smerte beskrives som «en ubehagelig sensorisk og emosjonell opplevelse som følge av faktisk eller potensielle vevsødeleggelser» (Danielsen et al., 2016, s.383). Smerter som skyldes kreftsykdommen, er nociseptive og nevropatisk smerter. Nociseptive smerter er forårsaket av en vevsskade som påvirker nociseptorer og smerter finnes nesten overalt i kroppen. Nevropatiske smerter skyldes en påvirkning av nervesystemet som overfører nerveimpulser til hjernen (Kaasa & Borchgrevink, 2008, s. 276). Pasienter med uhelbredelig kreftsykdom har oftest kroniske smerter med akutte episoder, såkalte gjennombruddssmerter (Kaasa & Borchgrevink, 2008, s.274).

2.3 Palliativ behandling

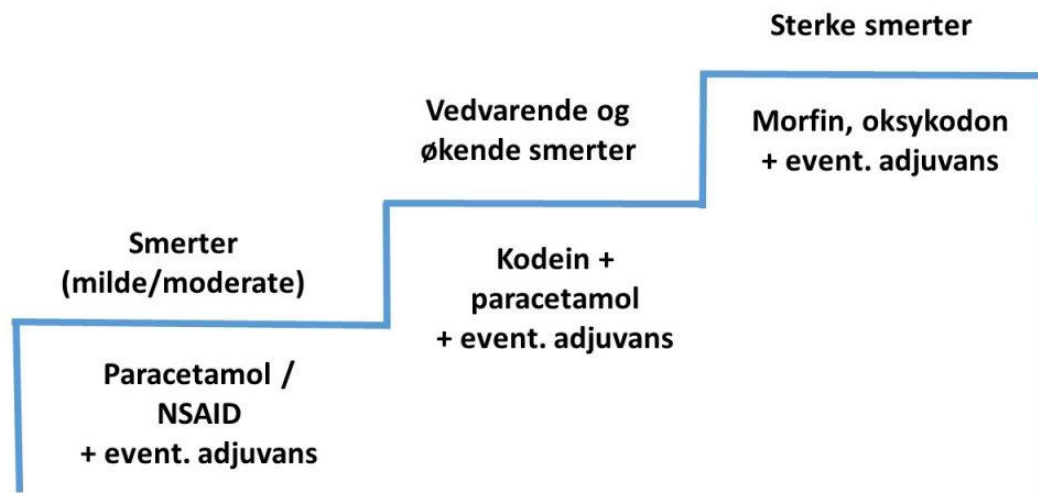
Verdens helseorganisasjon (WHO) definerer palliasjon som følger:

Palliativ behandling er en tilnærming som har som hensikt å forbedre livskvalitet til kreftpasienter i møte med livstruende sykdom, gjennom forebygging og lindring av smerter, ved tidlig identifisering, vurdering og kartlegging og behandling av smerte, og andre problemer av fysisk, psykososial og åndelig karakter (Helsedirektoratet, 2019). I denne oppgaven skal vi fokusere kun på lindring av fysisk smerter.

2.4 Medikamentell smertelindring

Smerter kan lindres ved hjelp av medikamentell og ikke medikamentell smertelindring, men i denne oppgaven skal vi fokusere kun på medikamentell smertelindring. Ved medikamentell

smertelindring til kreftpasienter brukes det et eget smertelindringsregime, der WHO (Verdens helseorganisasjon) i samarbeid med IASP (International Association for the Study of Pain) har utviklet en smertetrapp som presenterer behandling ved en spesifikk smerteintensitet og forslag til smertelindrende legemidler (Lorentsen & Grov, 2017, s. 412). Sykepleier skal smertelindre pasienter ved å benytte WHO's smertetrapp, som er et grunnleggende prinsipp for kreftpasienter i palliativ forløp. Se figur 1.



Figur 1: WHO smertetrapp, u.å. utgitt av Kompetansebroen, (<https://www.kompetansebroen.no/modul/aktuelle-symptomer-i-lindrende-fase?o=ahus>)

Sykepleier skal i samarbeid med legen vurdere nøye pasientens smerte, denne skal så registreres og behandles, og deretter skal behandlingen skal evalueres og endres ved behov. Det finnes flere måter å administrere opioider på, peroralt, rektalt, subkutan, smertepaster og smertepumpe (Kaasa, 2008, s. 266).

2.5 Ulike kartleggingsverktøy

Kartlegging og vurdering av smerter er en av de viktigste sykepleieoppgavene, og dessuten avgjørende for å kunne gi pasienten tilfredsstillende smertelindring. Da trenger sykepleier informasjon om smertens lokalisasjon, kvalitet, intensitet, variasjon, varighet og pasientens nedsatte funksjon (Danielsen et al., 2016, s. 388). Det brukes forskjellige kartleggingsverktøy for å vurdere smerter. For å avklare karakteristika og omfang av smerter er det viktig med en systematisk kartlegging. Dette kan benyttes ulike standardiserte instrumenter for å kartlegge

smerter, for eksempel kroppskart, ESAS (Edmonton Symptom Assessment System) og visuelle skaler (Lorentsen & Grov, 2016, s. 403).

ESAS er et skjema som består av åtte symptomer som pasienter med kreftsykdom plages med: som er smerte, kvalme, slapphet, døsigheit, depresjon, angst, tungpust og nedsatt matlyst. Men vi skal kun fokusere på smerte. Dette skjemaet kartlegger samtidig flere symptomer og er kvalitetsindikator for palliativ behandling i Norge (Lorentsen & Grov, 2016, s. 410). Det er viktig å bruke ESAS skjemaet selv om den har ett spørsmål som omhandler smerte, fordi de øvrige sju symptomer kan opptre samtidig og de kan forsterke smerteopplevelser hos kreftpasienter. Det er også vanlig å bruke VAS-skalaen og kroppskart hos kreftpasienter (Lorentsen & Grov, 2017, s. 410). Ved å bruke skalaer får pasient mulighet til å gi pålitelig vurdering av smerter. Visuelle skalar er en linje som er markert med ingen smerte og uutholdelig smerte, mens kroppskart er en tegning av kroppen sett forfra og bakfra der pasient markerer de områder pasienten har smerter (Danielsen et al., 2017, s. 391).

2.6 Sykepleierens funksjons- og ansvarsområder

Sykepleierens ansvar og arbeidsområde er gitt sitt mandat gjennom lovverk og retningslinjer (Kristoffersen, 2016b, s. 193). Sykepleier skal sette seg inn i det lovverket som regulerer tjenesten ved sykepleieutøvelse. Lovverk som vi vil inkludere videre i oppgaven og som er viktig å ha med er følgende:

Helsepersonell har en plikt og pasienten har en rett til å få informasjon om helsetilstand og behandling (Helsepersonelloven 1999, § 10 og Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-2). Pasienten har rett til informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Pasienten skal også informeres om mulige risikoer og bivirkninger (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-2). Pasientens behov for informasjon er ofte stort, det henger ofte primært sammen med at de mangler kunnskaper om sykdommen, og eventuell behandling og pleie. Det viktigste for pasienten er at de skal kunne vite om det som gjelder seg selv, herunder om det som på kort og lang sikt er viktig å vite for å kunne planlegge og ha oversikt over eget liv (Molven, 2019, s. 162–163). Pasienten bør kunne få en realistisk troverdig informasjon om smerte og smertelindring for å redusere feiloppfatninger.

Sykepleier har plikt til å handle innenfor sitt kompetanseområde for å oppfylle kravet om faglig forsvarlig pleie etter helsepersonelloven (1999, § 4), og etter helse- og omsorgstjenesteloven har kommunen plikt til å sørge for å gi opplæring og videreutdanning til

helsepersonell for å kunne utføre et faglig forsvarlig arbeide (Helse-og omsorgstjenesteloven, 2011, § 8-1).

2.7 Joyce Travelbee sin teori

Travelbee er i sin teori opptatt av at mennesket er et unikt individ og at mennesket hele livet er et individ i vekst, endring og utvikling. Travelbee beskriver at sykepleie alltid dreier seg om mennesker; om pasient, familie og sykepleier. Videre framhever Travelbee at sykepleiens mål og hensikt er å hjelpe enkeltindividet til å forebygge og å mestre lidelse og sykdom. Dette oppnås ved etablering av et menneske-til-menneske-forhold for at sykepleier skal kunne hjelpe pasienter til å forebygge eller mestre sykdom, lidelse og finne mening i disse erfaringene. Sykepleie er et menneske-til-menneske- forhold der en opplevelse eller erfaring som deles av sykepleier og den som er syk eller som har behov for sykepleierens tjenester (Travelbee, 2001, s. 41). I tillegg er kommunikasjon mellom sykepleier og pasient sentral i sykepleieprosessen, der kommunikasjon er den prosessen som gjør sykepleieren i stand til å etablere et menneske-til-menneske-forhold for å søke og gi informasjon om pasientens tilstand (Travelbee, 2001, s.136-137). Sykepleierens oppgave er å bli seg bevisst hvordan hun oppfatter den andre, og i hvilken grad hun er i stand til å erkjenne pasienten (Travelbee, 2001, s.192). Det finnes både verbale og nonverbale kommunikasjon. Verbal kommunikasjon er formidling av informasjon ved hjelp av ord enten skriftlig eller muntlig. Mens den non-verbal kommunikasjon er formidling av informasjon uten bruk av ord, blant annet ved hjelp av kroppsspråk (Travelbee, 2001, s.138).

3.0 METODE

Metode er ifølge Dalland: «Et redskapet vårt i møte med noe vi vil undersøke» (Dalland, 2017, s. 52). Det er et hjelpemiddel som forteller oss hvordan vi fremskaffer eller samler kunnskap, og hjelper oss i å innhente data til vår undersøkelse. Det finnes både kvalitative og kvantitative metode. Kvalitativ metode er såkalt mykdata og baserer seg på ord, og tar sikte på å fange opp mening og opplevelse som ikke lar seg tallfeste eller måle. Mens kvantitativ metode er såkalt harde data som baserer seg på tall, har utbredt standpunkt, har mange enheter og få variabler (Dalland, 2017, s. 52).

3.1 Valg av metode

Vi har valgt å skrive en oppgave som er basert på integrativ litteraturstudie som metode, der data fra studien som ble anvendt er både kvantitative og kvalitative forskningsartikler. For oss

er metoden gitt av fakultetet og det er en litteraturstudie. Denne type litteraturstudie består i at man henter og anvender data fra utvalgte vitenskapelige forskningsartikler (Friberg, 2017, s. 150). I utgangspunktet tenkte vi å bruke kvalitativ metode, men det viste seg at det var for utfordrende å finne relevante kvalitative metoder som kan svare på vår hensikt, så derfor valgte vi å inkludere også kvantitativ metode. For å belyse vår hensikt inkluderte vi to kvalitative og to kvantitativ artikler i vår oppgave, som til sammen ga studien et tilstrekkelig datamateriale.

3.2 Søkeprosessen

3.2.1 Valg av databaser

Vi kom tidlig i gang med litteratursøking, og har fått god veiledning i dette fra fagbiblioteket ved Universitetet i Stavanger. I søket etter relevante vitenskapelige artikler benyttet vi faglige og anbefalte databaser som Idunn, CINAHL, SweMED+, og sykepleie.no som er relevant for helsefag, foruten søketjenesten oria. Vi fikk mange treff på CINAHL som ikke hadde noe relevans for vår problemstilling. Dermed valgte vi å fokusere på resultatene fra søketjenesten oria og databasen idunn, hvor vi fant gode fagfelleverderte artikler for vår hensikt.

3.2.2 Valg av søkeord og avgrensninger

Vi brukte flere søkeord både kombinert og enkeltvis. Søkeordene som vi kombinerte var på norsk og engelsk, men det var vanskelig å finne gode relevante treff for vår hensikt. Etter vi hadde diskutert sammen, prøvde vi å søke kun på norsk. Søketreff varierte fra database til database og det var en del utfordringer. I noen tilfeller var det vanskelig å avgrense årstall innen 10 år, fordi det siste årstallet er 2019 og det går ikke fram til 2022. I tillegg var det ikke flere relevante artikler som svarer godt nok til vår hensikt. Etter at vi hadde utvidet årstallene til 12 år, fikk vi flere treff. Vi leste så gjennom titlene på de relevante artiklene og vi valgte bort noen artikler på grunn av at studiene ikke var gjennomført i nordiske land, fordi disse landene kan ha kulturforskjeller, og fordi noen av artiklene ikke var relevante for vårt tema. Se på søkelogg i vedlegg 1 for å få bedre oversikt over hvilke søkeord og kombinasjoner vi har brukt.

3.2.3 Valg av artikler

Etter å ha samlet og systematisert utvalgte og relevante søkeord og ordkombinasjoner, søkte vi på forskjellige databaser. Vi ønsket å finne forskningsartikler om sykepleiernes utfordringer ved smertelindring til kreftpasienter. Fokuset var rettet mot voksne og

hjemmeboende kreftpasienter i palliativ fase. Dermed ble flere artikler ekskluderte, som følge av manglende relevans for vår hensikt. I databaser og søketjenester finnes det videre avgrensninger, som vi brukte som inklusjonskriterier.

Nå har vi fått avgrenset litteratursøket slik at vi sitter igjen med et overkommelig antall treff, og da kunne vi begynne å gå gjennom en oppsummering av valgte artikler. Når vi leste og vurderte artikler, var det viktig å ha oppmerksomheten rettet mot informasjon som var sentral for hensikten. Hva var artikkelens hensikt med studien, hvilke metoder de benyttet seg av, og resultater forskerne rapporterte, hjalp oss til å belyse vår hensikt. Dersom en artikkel så ut til å være relevant i forhold til vår problemformulering, sjekket vi om artikkelen oppfyller kravene til IMRaD-strukturen (Dalland, 2017, s. 163). Til slutt endte opp vi med 4 vitenskapelige artikler som har sammenhengende fellestrekk, og dette samsvarer godt med oppgaven. Vi valgte å bruke artikler fra siste 15 år, da vi opplevde at det var vanskelig å finne nye vitenskapelige artikler, i tillegg til at det var lite nyere forskning på vårt tema.

Artikkelen “The challenge of caring for patients in pain: from the nurse’s perspektiv” ble funnet litt seinere. Så etter tilbakemelding fra veileder, dukket det opp nye ideer som gjorde at vi måtte justere hensikten litt, og denne nye artikkelen ble relevant etter litt justering. Vi gikk så tilbake til oppdraget med å finne en ny og relevant artikkel for oppgaven. Vi diskuterte oss fram til at artikkelens søkeord bør etterligne hensikten og være engelskspråklig. Vi kom fram til at “sykepleieutfordringer ved smertelindring” ble oversatt til engelsk med “Nurse challenges with pain relief” og søkte med dette på søketjenesten oria.no. På søkefeltet la til vi “cancer” da vi jo undersøker spesielt på kreftpasienter. Etter at vi fant en artikkel, undersøkte vi artiklenes kvalitet i henhold til gyldighet, holdbarhet og IMRaD-strukturen. Den utvalgte artikkelen er “The challenge of caring for patients in pain: from the nurse’s perspektiv”. For å undersøke mer om søkeprosess på de utvalgte brukte artiklene, se søkelogg (tabell?).

3.2.4 Inklusjon-og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier:

- Sykepleierens erfaringer hos voksne kreftpasienter over 18 år, i henhold til smertelindring
- Palliativ fase
- Artikler på norsk og engelsk

- Fagfelle vurderte, og vitenskapelige originalartikler samsvarte med litteraturstudiets hensikt
- Sykepleier og pasient perspektiv
- De skandinaviske landene
- Grundig etisk vurdering av artiklene.

Eksklusjonskriterier:

- Sykepleierens erfaringer hos voksne kreftpasienter under 18 år, utenfor smertelindring
- Pasienter i terminal fase
- Andre språk
- Artikler som ikke er originale studier, blant annet review eller fagartikler
- Studier som ikke samsvarte med litteraturstudiets hensikt
- Pårørende og annet helsepersonells perspektiv
- Andre land utenom Skandinavia

Tabell 1. Enkel oversiktstabell analyserte artikler

Forfatteren, årstall, tittel	Tema	Hensikt	Perspektiv	Metode
Molnes, S. I. (2014). Nordisk sygeplejeforskning. Sykepleieres erfaringer med smertelindring til hjemmeboende kreftpasienter.	Sykepleiernes barrierer som kan påvirke pasientens smertelindring.	Hensikten med studien er å belyse hva som var sykepleiernes utfordringer i smertelindring hos hjemmeboende kreftpasienter	Sykepleie	Kvalitativ metode. Halvstruktureerte intervjuer med 10 sykepleiere. Dette baserer seg på en beskrivende undersøkelse for at sykepleierne skal kunne få formidle sine egne erfaringer fra praksis. Dette er analysert ved å dele opp i tre

				<p> kategorier som handler om sykepleiernes opplevelse av faglig oppdatering, sykepleiernes opplevelse av hjemmesykepleien og sykepleiernes opplevelse av omgivelsene.</p>
<p>Granheim, T. H., Raaum, K., Christophersen, K-A. & Dihle, A. (2015). Sykepleier forskning.</p>	<p>Sykepleiere trenger å styrke sin kompetanse innen smertehåndtering på flere områder.</p>	<p>Belyse sykepleiernes kunnskaper om smerte og smertelindring hos voksne kreftpasienter.</p>	<p>Sykepleier og sykepleierstudenter.</p>	<p>Metode som ble brukt er deskriptiv tverrsnittundersøkelse, der data ble samlet inn ved hjelp av den norske versjonen av kartleggingsverktøyet Nurses` Knowledge and Attitudes Survey Regarding Pain (NKAS-N). NKAS-N inneholder 39 spørsmål om smertelindring og smertehåndtering.</p>

Valeberg, T.B., Bjordal, K. & Rustøen, T. (2010). Sykepleie forskning. Kreftpasienters barrierer mot smertebehandling	Undersøke barrierer som kan påvirke pasientens smertelindring.	Beskrive hvilke barrierer kreftpasienten har til smerte og smertelindring.	Pasient	Tverrsnittsundersøkelse (vil si kvantitative tilnærming) med 217 polikliniske kreftpasienter som har smerte og/eller bruker smertestillende medikamenter, der undersøkelser ble utført ved hjelp av barriere skjema.
Blondal, K. & Halldorsdottir, S. (2009). Utfordringen med å ta vare på pasienter med smerter: fra sykepleierens perspektiv	Sykepleiernes utfordring med å ivareta pasienter med smerte.	Hensikten med studien er å øke forståelse for hvordan det er for sykepleieren å ta seg av pasienter med smerter.	Sykepleier	Kvalitativ studie, en fenomenologisk tilnærming, involverte 30 dialoger med 10 erfarne sykepleiere. Det ble brukt dybdeintervjuer for datasamling.

3.3 Analysearbeid

Analysearbeidet er ifølge Friberg (2017) en bevegelse fra en helhet til enkelte deler og deretter til en ny helhet. Den nye helheten skapes fra den beskrivende sammenhengen fra de ulike delene, og dermed får vi det som kalles resultat som en ny helhet (Friberg, 2017, s.135).

Vi samlet inn forskningsartikler, og vi leste grundig gjennom artiklene flere ganger for å få en god forståelse av hva artiklene handler om. Det er for å sikre at innholdet ble forstått godt og at artiklene var relevante for hensikten. Hovedfokuset var å identifisere ulike temaer fra

artiklene. Etter det skrev vi ned de viktigste resultatene for at det blir lettere å se likheter og ulikheter fra studiene. Videre diskutert vi dette nøye og, vi tok datareduksjon ved å velge ut artikler, og så skrev vi ned resultatene fra hver artikkel som er relevant for vår hensikt. Vi fargemarkerte temaer som går igjen i artiklene og vi diskuterte for å finne felles karakteristika i resultatene, slik at vi kan danne en forståelse av resultatene. Det er hensikten som var fokus i analysen og som ligger i vårt bakhode, og derfor prøvde vi å danne oss et helhetsinntrykk av datamaterialet ved å lete etter felles temaer, erfaringer og opplevelser som svarene kan sorteres under. Vi fortsatte med å sammenligne de utvalgte funn for å finne felles meninger og underliggende mønstre. Det var vanskelig å lage underkategorier for alle hovedkategoriene, men gjennom grundig analysearbeid kom vi frem til fire hovedkategorier og en underkategori som var relevante svar for hensikten i vår oppgave. Disse er presentert i tabell 2.

4.0 RESULTAT

Gjennom vår analyse i litteraturmatrise som viser i vedlegg 2, sorterte vi data i fire hovedkategorier og en underkategori. Hovedkategoriene identifiserer sykepleieperspektivet, mens underkategorien på redsel angår både sykepleier og pasient.

Tabell.2 Oversikt over hovedkategorier og underkategorier

Hovedkategori	Underkategori
Redsel	For bruk av opiater, avhengighet og respirasjonsdepresjon.
Kunnskapsmangel	
Ressursmangel	
Mangelfull smertevurdering	

4.1 Redsel

4.1.1 *Bruk av opiater, avhengighet og respirasjonsdepresjon*

I studien til Valeberg et al. (2010, s.268) viser det seg at de største barrierene for smertelindring hos pasientene er:

“Avhengighet, toleranse, monitorere symptomer i forhold til egen helsetilstand, nye smerter og redsel for enkelte bivirkninger som døsighet” (Valeberg et al., 2010, s. 268).

Videre peker studien på at det er mange pasienter som er engstelige for opioidavhengighet og toleranseutvikling av medikamenter. Pasientene avventer med å ta smertestillende inntil smerten er på det høyeste, eller de lar være å ta den dosen som legen har anbefalt. I tillegg er flere pasienter skeptiske til en rekke bivirkninger, og døsighet var en av bivirkningene som var vanskeligst å håndtere. (Valeberg et al., 2010, s. 272).

Studien til Molnes (2014) viser at flere sykepleiere vegret seg for å benytte morfin, da de er redde for å gi for mye, noe som fører til at de er tilbakeholdne med å gi sterke smertestillende (Molnes, 2014, s. 149). Tilsvarende funn viser i studiene til Granheim (2015) og Blondal et al. (2009) at sykepleierne frykter for respirasjonsdepresjon og opioidavhengighet, og derfor var sykepleierne tilbakeholdne med å gi for mye opioider (Blondal & Halldorsdottir, 2009, s. 2901; Granheim et al., 2015, s. 331).

En sykepleier fra studien til Blondal & Halldorsdottir sier: «You can go on and giving medication and you can easily kill someone that way» (Blondal et al. 2009, s. 2901).

4.2 Kunnskapsmangel

Funn i studien til Granheim et al. (2015) viser at sykepleierne hadde gode kunnskaper innen mange områder, men til tross for deres kunnskaper har det tidlig eksistert redsel for opioidavhengighet og respirasjonsdepresjon. Videre viser at det er et stort gap mellom praktiske handlinger og teoretiske kunnskaper (Granheim et al., 2015, s.330). Studien til Blondal et al. (2009) viser tilsvarende funn, nemlig at sykepleierne opplevde et stort teori-praksis-gap i smertelindring. Mange sykepleiere uttalte at deres teoretiske kunnskap var fra deres sykepleierutdanning, men i praksis veide den kliniske erfaringen mer (Blondal & Halldorsdottir, 2009, s.2900).

Funn fra Molnes (2014) viser at hjemmesykepleien sjelden gjennomførte interne kurs, og de hadde lite tid til faglig diskusjon. Sykepleierne uttalte usikkerhet ved administrering av smertestillende, og at sykepleierne ikke håndterte smertestillende likt, noe som førte til uenigheter blant sykepleierne i hjemmesykepleien (Molnes, 2014, s. 148). Videre viser det seg at sykepleierne velger å administrere smertestillende i tablettform lengst mulig i

smertelindringens forløp. I tillegg foretrekker sykepleierne å administrere smertepaster heller enn smertepumpe eller injeksjoner (Molnes, 2014, s. 149).

4.3 Ressursmangel

Funn fra Molnes (2014) viser at sykepleierne opplevde at bemanningen er lav i forhold til pleietyngden. Sykepleierne opplevde at de ofte står overfor et dilemma, for å kunne utføre jobben på en bedre måte, der store antall oppdrag presses inn på en begrenset tid som de har til rådighet. Sykepleierne ga uttrykk for mangel på ressurser i hjemmesykepleien, blant annet sykepleiermangel der sykepleierne opplevde å ha lite tid for kreftpasientene i forhold til smertelindring (Molnes, 2014, s.148). Videre peker studien på at arbeidsoppgaver ikke blir utført på grunn av mangel på sykepleiere (Molnes, 2019, s.148). Studien fra Blondal et al. (2009) hadde tilsvarende funn med at tidsbegrensninger gjorde smertebehandling vanskeligere. Videre pekes det på at mangel på kontinuitet i smertevurderingen også kan hindre god smertebehandling (Blondal & Halldorsdottir, 2009, s. 2902).

I tillegg understreker sykepleierne at de ikke hadde anledning til å oppdatere seg faglig i hjemmetjenesten, da dette er ekstra arbeidsbelastning for andre kollegaer, når de setter seg ned for å lese faglitteratur. I tillegg viser studien at det er knappe ressurser som setter en stopp for eksterne kurs (Molnes, 2014, s.149).

4.4 Manglende smertevurdering

Studien til Blondal et al. (2009) viser at sykepleiernes største utfordring er å vurdere pasientens smerteopplevelse. Sykepleiere henviste ofte til verbale og ikke-verbale uttrykk, som sykepleier kalte “reading the patient”, og “to see how the patient really feels and know how to ask”. Sykepleierne mener at det er vanskelig å få frem nøyaktig informasjon (Blondal et al., 2009, s. 2901). Få av sykepleierne i studien til Blondal et al. (2009) brukte smerteskalaer rutinemessig, som et hjelpemiddel ved smertevurdering. Mens mange sykepleiere observerte at eldre pasienter og de som har sterke smerter, ikke kunne bruke smerteskala effektivt, “They just say, i’m in intolerable pain, or just a lot of pain” (Blondal et al., 2009, s. 2902).

Funn til Molnes (2014) viser at sykepleierne sjelden benytter kartleggingsverktøy for å vurdere pasientens smerte, og at bare 3 av 10 sykepleiere hadde benyttet ESAS-skjemaet (Edmonton Symptom Assessment System) som kartleggingsverktøy. Sykepleierne fra studien sier at det tar alt for mye tid å fylle ut skjemaer, og de føler at det er nok å spørre pasientene,

da det er de som har størst betydning for vurderingen av smertene. Sykepleierne opplevde også at pasientene vegret seg for å bruke kartleggingsverktøy, da de så på det som en belastning å måtte forholde seg til flere skjemaer (Molnes, 2019, s. 149). Samme forhold viser studien til Granheim et al. (2015), nemlig at det var få av sykepleierne som tok hensyn til pasientens egen smertevurdering. Det avdekket også at sykepleiernes vurdering av pasientens smerteintensitet ikke alltid stemte med pasientens egenvurdering. Pasienten vurderte ofte egen smerteopplevelse til å være høyere enn det sykepleierne vurderte (Granheim et al., 2015, s.331).

5.0 DISKUSJON

I dette kapitlet skal vi diskutere metode og resultat. I metodediskusjonen beskriver vi integrativ litteraturoversikt og diskusjon om kildekritikk. I resultatdiskusjonen diskuterer vi resultatene i lys av oppgavens hensikt, ved hjelp av teori og våre egne erfaringer.

5.1 Metodediskusjon

5.1.1 Integrativ litteraturoversikt

For å svare på oppgavens hensikt, er integrativ litteraturoversikt en godt egnet metode. I denne oppgaven ble det valgt å inkludere fire vitenskapelige artikler. Etter en lang og omfattende analyseprosess erfarte vi at de fire artiklene svarte på oppgavens hensikt.

Vår hovedinteresse var å fokusere på sykepleierne sitt perspektiv, men vi valgte også å inkludere pasientperspektivet innenfor pasientens opplevelse om redsel for opioidavhengighet og smertestillende bivirkninger. Disse to spesielle temaene kom fram i en av de utvalgte artiklene, og vi synes det var relevant og også en barriere mot smertelindring som sykepleierne møter. Derfor valgte vi å inkludere dette pasientperspektivet også.

En av de utvalgte artiklene er skrevet på engelsk. Vi har lest og diskutert grundig for å ha best mulig forståelse, og vi har også søkt veiledning under dette arbeidet, for å sikre at vi ikke har gått glipp av viktig innhold som kan være nyttig for å svare på vår hensikt. Vi ser at denne artikkelen støtter opp om sykepleierens perspektiv til de tre utvalgte artiklene som er skrevet på norsk. Datamaterialet er bra og har tilstrekkelig innhold.

Til å begynne med planla vi studier med kvalitativ tilnærming, men når vi undersøkte artiklenes metode nøye, oppdaget vi at Granheim (2015) og Valeberg (2010) inkluderte kvantitativ metode i form av tall for objektive data og statistiske beregninger formidlet i form

av tabeller. Begge gruppene benyttet spørreskjemaer med faste svaralternativer, systematiske og strukturert observasjoner og undersøkelser. Vi så raskt at innholdet på forskningsartiklene hadde breddekunnskap, det vil si et visst antall opplysninger fra mange undersøkelsesenheter (Thidemann, 2015, s. 78). Vi valgte studier med begge metodiske tilnærminger for å belyse vår hensikt fra ulike ståsteder. De kvalitative artiklene til Molnes (2014), Granheim et al. (2015) og Blondal et al. (2009) viser sykepleiernes utfordringer og erfaringer relatert til smertelindring hos kreftpasienter. Den kvantitative artikkelen til Valeberg et al. (2010) viser målbare data om barrierer mot smertebehandling. Ved å trekke sammen de kvantitative og kvalitative artiklene, fikk vi se en større helhet som handler om sykepleiernes utfordringer mot smertelindring.

Det som kunne være en mulig svake side er at våre erfaringer med litteraturarbeid er begrenset. Vi opplevde at søkeprosessene var vanskelige og svært tidkrevende. Dette kan ha ført til at vi ubevisst har valgt bort andre relevante forskningsartikler som kunne ha belyst vår hensikt på en bedre måte. I tillegg hadde vi utfordringer med å finne alle artiklene som er innenfor hjemmetjenesten, da det viste seg at det er lite forskning i tematikken i hjemmesykepleien. Når vi oversatte den engelske artikkelen kan det naturligvis være fare for unøyaktighet ved oversettelsen til norsk, siden engelske ord kan ha flere betydninger på norsk.

5.1.2 Kildekritikk

For å være kritisk til artiklene, har vi sett nærmere på forskernes framgangsmåte for å vurdere om artiklene var relevante og pålitelige. Vi opplevde imidlertid at forskerne har gjennomført et grundig arbeid og beskrevet metoden sin nøye i studiene i de fire utvalgte artiklene. Alle utvalgte artikler følger kravet IMRaD-strukturen, og i artiklene til Valeberg (2010) og Granheim et al. (2015) brukte de SPSS (Statistical Package Social Sciences) til å analysere data. Dette gjør at gyldigheten i studien er tilstrekkelig. I artikkelen til Blondal et al. (2009) brukte de en fenomenologisk analyse som gir tilfredsstillende resultat. I fenomenologiske undersøkelser er oppmerksomheten rettet mot verden slik de konkret oppleves og erfares fra deltakerens eget perspektiv (Dalland, 2017, s. 45).

For å vurdere artiklenes gyldighet, har vi sett nærmere på forskernes bakgrunn og arbeidssted (Dalland, 2017, s. 160). Dette gjorde vi for å innhente informasjon om hva slags bakgrunn forfatterne har i forhold til temaene de skriver om. Alle forskere i artiklene har utdanning

innenfor helsefag. Informantene i artiklene var sykepleiere som jobber i forskjellige arenaer, og i den ene artikkelen var det også inkludert polikliniske kreftpasienter som ble screenet for om de hadde smerte eller brukte smertestillende før de deltok. Aldersgrensen er over 18 år, og kjønn er ikke registrert i studiene for å ivareta deltakernes anonymitet, utenom i artikkelen til Blondal (2009), der alle var kvinner, og hver av deltakerne valgte et oppdiktet navn fra en navneliste for å sikre anonymitet. Alle studiene ble godkjent av forskningsorganisasjoner.

Informantene som deltok i studiene til Granheim (2015) var 114 sykepleierne som er rekruttert ved fem kirurgiske sengeposter fra et universitetssykehus, noe vi valgte siden det handler om kreftpasienter med smerte. I Blondal (2009) og Molnes (2015) hadde de til sammen 20 sykepleiere som er rekruttert i hjemmetjenesten. Men informantene som var i studien til Valeberg (2010) var 217 pasienter som er rekruttert ved ulike poliklinikker.

Vi opplevde at alle arenaene var relevante for oppgavens hensikt, fordi sykepleierne møter kreftpasienter i mange ulike arenaer og artiklene handler om kreftpasienter og pasienter med smerte. Vi mener at det er en styrke for vår oppgave å inkludere flere ulike arenaer. Vi var opptatt av at alle de utvalgte artiklene skulle være innenfor de skandinaviske landene, fordi kulturforskjeller kan påvirke resultatene. Artiklene som vi har valgt er innenfor skandinaviske land, nemlig Norge og Island. Dette er relevant for norske forhold.

Alle de inkluderte artiklene er på en eller annen måte etisk vurdert. Før forskerne har begynt med forskningsprosjektet, har de innhentet deltakernes samtykke. I tillegg til at informasjonsskriv ble sendt til respondentene, ble de også informert om hensikten med studien. Det var frivillig å delta og alle hadde muligheten til å trekke seg når som helst underveis.

Aldersgrensen er over 18 år, kjønn er ikke registrert i studiene for å ivareta deltakernes anonymitet, utenom i artikkelen til Blondal (2009), der alle var kvinnelige sykepleiere og hver deltaker har valgt et oppdiktet navn fra en navneliste for å sikre anonymitet. Alle studiene ble godkjent av forskningsorganisasjoner.

I Granheim et al. (2015) og Valeberg et al. (2010) sin studie ble det beskrevet at de brukte en kvalitativ metode, men etter nærmere undersøkelser viste det seg at de brukte tall og spørreskjema noe som ga studien en kvantitativ metode. Dette påpeker vi at er en svak side ved studiene, også det at det ikke tidlig er skrevet hvilken metode det har benyttet.

5.2 Resultatdiskusjon

I resultatdiskusjon vil det bli beskrevet hvordan sykepleier bidrar til god smertelindring ved å ta utgangspunkt i de utfordringene som er presentert i resultatkapitlet. Her vil resultatene bli drøftet mot teori og vi trekker inn egne erfaringer.

5.2.1 Redsel

5.2.1.1 Bruk av opiater, avhengighet og respirasjonsdepresjon

Studien til Valeberg et al. (2010) peker på noen sentrale utfordringer når det gjelder smertelindring. Disse er at for det første var pasienten engstelig for opioidavhengighet i forbindelse med bruk av smertestillende medikamenter, og for det andre var pasienten skeptisk til en rekke bivirkninger som er vanskelige å håndtere, slik som døshet og obstipasjon (Valeberg et al., 2010, s.268). Dette kan forstås i lys av den teorien at pasienten ikke har fått tilstrekkelig informasjon, eller ikke har forstått mekanismen ved avhengighet. Derfor er det ikke urimelig at pasienten ikke følger smerte regimet for smertelindring, og at det derfor oppstår utilstrekkelig smertelindring. Valeberg et al. (2010) fremhever at mangel på informasjon gjør at disse pasientene opplever at disse problemene er uløselige og derfor lar de være å ta medisinerne (Valeberg et al. 2010, s.273). Derfor er det viktig at sykepleier gir tilstrekkelig informasjon til pasientene, fordi de har en rett til å få informasjon etter pasient- og brukerrettighetsloven §3-2. I tillegg har sykepleierne plikt til å gi aktuell informasjon gjennom forberedte og gode samtaler med pasientene, ifølge helsepersonelloven (1999, §10). Sykepleierne skal gi god, realistisk og troverdig informasjon for å redusere feiloppfatninger og misforståelser. Informasjonen skal inkludere hva som er smerte og smertelindring, avhengighet ved opioidbruk, og virkningen og bivirkninger av medikamentet, fordi god informasjon er betryggende og bidrar til god smertelindring hos pasientene.

Videre må sykepleierne informere om bivirkninger som kan forekomme ved opioidbruk, nemlig at pasienten kan bli trett, kvalm og obstipert, men at dette er noe som er forbigående og det kan forebygges (Klepstad & Kaasa, 2008, s. 362). For at dette skal kunne skje, bør sykepleier ha god tid og gi pasienten mulighet til å kunne uttrykke sine bekymringer pasienten har rundt smertelindring (Lorentsen & Grov, 2016, s. 417). Samt at det er viktig at sykepleierne har høy kunnskap for å kunne tilby god informasjon som kan fremme god smertelindring hos kreftpasienter (Danielsen et al. 2017, s. 406). Nordtvedt (2016) framhever at hvis pasienten ikke er tilstrekkelig informert, eller ikke har forstått den informasjonen pasienten har mottatt, er det vanskelig å arbeide sammen ved smertelindring (Nortvedt, 2016,

s. 139). Dermed skal informasjon være fullstendig og tilpasset pasientens evne til å ta imot informasjon. All informasjon bør bidra til å gjøre situasjonen forutsigbar, at den kommer på rett tidspunkt og i god tid, slik at pasienten vet hva som skal skje og hvordan han skal forholde seg til det (Eide & Eide, 2007, s. 293). I tillegg til pasientens frykt kommer det fram i studien til Molnes (2014) og Blondal et al. (2009) at sykepleier frykter for respirasjonsdepresjon og opioidavhengighet (Molnes, 2014, s. 149 & Blondal et al. 2009). Dette førte til at sykepleier var tilbakeholdne med å gi smertestillende, noe som igjen medførte at pasienter ikke ble godt nok smertelindret. Danielsen et al. (2017) støtte seg på at sykepleier skal ha respekt for opioider, men med god kunnskap om virkning og bivirkning kan de brukes på riktig måte og gi god smertelindring til pasienten (Danielsen et al. 2017, s. 402). Her er det viktig at sykepleier har et tett samarbeide med legen og at det er viktig at sykepleier følger legens ordinasjon på smertelindring.

5.2.2 Kunnskapsmangel

Sykepleierne i studien til Granheim (2015) hadde gode kunnskaper, men til tross for den teoretiske kunnskapen frykter sykepleierne fortsatt for opioidavhengighet og respirasjonsdepresjon hos pasientene. Samme utfordring ser vi i studiene til både Blondal (2009) og Molnes (2014). Denne frykten fører til at pasienter ikke blir tilstrekkelig smertelindret, derfor er det behov for å styrke sykepleiernes kunnskap om smertelindring (Granheim, 2015, s.327). Konsekvensen av kunnskapsmangel blir et hinder for å bidra til tilstrekkelig smertelindring hos kreftpasientene. Erfaringsmessig bruker kreftpasienter med sterke smerter mye morfinpreparater, så for å smertelindre er det svært viktig at sykepleier har tilstrekkelig kunnskap om smertelindring og bruk av morfinpreparater.

Videre viser studien til Granheim et al. (2015) og Blondal et al. (2009) at det er et stort gap mellom praktiske handlinger og teoretiske kunnskaper (Granheim, 2010, s. 330 & Blondal et al. 2009, s. 2900). I denne sammenhengen kan vi spesielt peke på den praktiske kunnskapen. Denne kunnskapen utvikles gjennom erfaringer og utøvelse. Utsagnet framheves ved studien til Blondal & Halldorsdottir (2009) der mange sykepleiere med lite erfaring uttalte at grunnlaget for deres teoretiske kunnskap om smertelindring var fra deres utdanning, mens den praktiske kunnskapen veide mer i praksis. De erfarne sykepleierne hevdet at deres erfaring gjør dem sterkere faglig, ettersom de har utviklet selvtillit og overbevisning, noe som hjalp dem til å stå opp for seg selv og sine pasienter (Blondal & Halldorsdottir, 2009, s. 2900). Dette viser at de erfarne sykepleierne kan utføre bedre smertelindring. Mens de nyutdannede

sykepleierne med lite erfaring, opplever ofte at den praktiske kunnskapen er mangelfull. Dette tyder på at sykepleierne mangler kunnskapen og erfaringen, som vil hindre dem i å ta de riktige avgjørelsene i smertelindring av pasientene. Dette er nettopp et problemområde i hjemmesykepleien. Molnes (2014) diskuterer tematikken og sykepleierne i studien kommer med forskjellig innspill som kan bidra til god smertelindring. Sykepleierne ønsker veiledning av en kreftsykepleier. Videre påpeker sykepleierne at hospitering ved en kreftavdeling, hadde ført til mye bedre behandling ved smertelindring. Det viser også at ambulante palliativt team, og smerteteam er en støtte for sykepleierne i hjemmesykepleien. Dersom de ulike yrkesgruppe kan benytte seg av hverandres kompetanse og jobbe tettere sammen, vil dette gi trygghet til pasientene og sykepleierne, og samtidig kan det bidra til optimal smertelindring (Molnes, 2014, s.152). Disse forholdene støttes også av Blondal et al. (2009) i at sykepleierne ved mer smerte utfordring søkte bistand fra palliativ omsorg og smerteteam, som har bidratt til god smertelindring (Blondal et al. 2009, s. 2902). I tillegg dersom sykepleierne blir stilt over situasjoner de ikke finner ut av, har de plikt til søke råd, bistand eller samarbeid med sykepleiere fra sykehus som har nødvendige kvalifikasjoner rundt smertelindring (Molven, 2019, s.236).

Sykepleierne i studien til Molnes (2014) viser at det sjelden ble gjennomført interne kurs i hjemmetjenesten for å bedre kunnskapsmangelen (Molnes, 2014, s.148). Derfor er det viktig at virksomhetene tilrettelegger for sykepleierne for å få mulighet til faglig diskusjon, slik at sykepleierne kan utvikle kunnskap, fordi dette fører til en kunnskapsutvikling som igjen vil føre til god smertelindring for kreftpasienten (Kristoffersen, 2016a, s. 154). På den andre side har sykepleierne plikt til å handle innenfor sitt kompetanseområde for å oppfylle kravet om faglig forsvarlighet etter helsepersonelloven (1999, § 4). I tillegg har kommunen plikt til å sørge for å gi opplæring og videreutdanning til helsepersonell slik at de kan utføre et faglig forsvarlig arbeid (Helse-og omsorgstjenesteloven, 2011, § 8-1). Videre uttrykker sykepleierne usikkerhet ved administrering av smertestillende medikamenter, noe som igjen førte til uenigheter når det skal velges administrasjonsform for medikamenter. Noen sykepleiere foretrekker å avvente med å gi smertestillende, mens andre hadde sterke meninger om når smertestillende skal administreres (Molnes, 2014, s. 148-149). Vi mener at det er særdeles viktig at sykepleierne må finne løsninger som kan sikre god smertelindring, fordi deres manglende kunnskap og uenigheter klart påvirker pasientens smertelindring. Det er viktig at sykepleierne får økt kunnskapen og innsikt, for å kunne gjøre en tilstrekkelig jobb for

pasienten for å oppnå god smertelindring. Fordi sykepleiernes kunnskaper omkring smerte og smertelindring har en avgjørende betydning for kreftpasienter med sterk smerter.

Flere sykepleiere i studien til Molnes (2014) sier at de foretrekker å bruke tablettform og smerteplaster lengst mulig, selv om pasienten gir uttrykk for at de trenger mer smertestillende. Årsaken til dette er at smerteplaster er enklere å administrere, og er tidsbesparende, fordi det ikke trengs å skiftes daglig, det behøves ikke å være flere sykepleiere tilstede, og de opplever mer trygghet ved smerteplaster administrering enn smertepumpe eller å gi injeksjoner (Molnes, 2014, s. 149). Det er viktig at sykepleier forstår at smertefull sykdom krever store mengder smertestillende midler. Derfor er reaksjonen fra sykepleier overfor den som har smerter svært viktig, fordi det kan være både til hjelp og også til hinder for den som har smerter (Travelbee, 2001, s. 114). Sykepleiere i hjemmesykepleien har en selvstendig funksjon, og ofte skal de stå alene hos pasientene uten kolleger å rådføre seg med eller for dobbelkontroll av medikamenter som smertepumpe eller injeksjoner. Erfaringsmessig opplever enkelte sykepleiere i hjemmetjenesten faglig utrygghet, og i slike situasjoner bør sykepleier kjenne sine begrensninger og skaffe informasjon eller andre fagpersoner, slik at tjenesten som ytes blir utført etter pasientens behov (Rønning et al., 2008, s. 219).

5.2.3 Ressursmangel

Funn fra Molnes (2014) viser at sykepleierne opplevde at bemanningen er lav i forhold til pleietyngden (Molnes, 2014, s.148). For det første blir lav bemanning en utfordring til å opprettholde kontinuitet av primærsykepleiemodellen. Det vil si at en bestemt sykepleier har hovedansvar for pasienten ved å yte tjenesten, noe som fører til at pasienter ikke får den oppfølging som de har behov for ved smertelindring. For det andre fører det til at sykepleieren ikke får observert pasienten over tid og får derfor ikke kartlagt smerten. Dette kan føre til utilstrekkelig smertelindring til kreftpasienter (Rønning et al., 2008, s.217). Derfor er det viktig at kravet til forsvarlighet pålegger virksomheten en plikt til organisering og etablering av rutiner som sikrer forsvarlighet i hjemmesykepleien. Plikten innebærer også at virksomhetens eier og ledelse har ansvar for å legge forholdene til rette slik at den enkelte sykepleier kan utføre oppgaver på en forsvarlig måte (Helse-og omsorgstjenesteloven, 2011, § 8-1). Ifølge Molnes (2014) sitt resultat, ser vi også andre utfordring ved lav bemanning. Dette er at sykepleierne ikke hadde anledning til å oppdatere seg faglig, fordi det blir en ekstra belastning for andre kollegaer, noe som også setter en stopper for å delta i eksterne kurs (Molnes, 2014, s. 148). Vi erfarte fra praksis i hjemmesykepleien at det ikke er nok

sykepleiere på jobb, og at deres sykepleieoppgaver ikke kunne bli utført av andre helsearbeidere i forbindelse med smertelindring, noe som gjør at sykepleierne mister mulighetene for eksterne kurs.

Videre opplever sykepleierne opplever at de står overfor et dilemma, når de vet at jobben de har utført kunne blitt gjennomført på en bedre måte. Men så har de ikke mulighet til dette, da antall oppdrag er for mange, og hvert oppdrag er presset inn på en for liten tid (Molnes, 2014, s. 148). Dette kan føre til at pasientens uttrykk for smerte overses, og at tidspresset for å rekke oppdraget før vekten avsluttes kan resultere i at forsvarlighet ikke kan ivaretas. Derfor er det avgjørende at hjemmesykepleieren har nok tid for å ta konkrete observasjoner og vurdering rundt pasientens smertelindring. Det å rapportere og vurdere sammen med fastlegen eller legevakt ved krevende smertelindring, er en forutsetning for faglig forsvarlighet (Næss, 2020, s. 253). Dessuten for å fremme en god smertelindring hos kreftpasienter, er det viktig at ledelsen tar ansvar for å sørge for nødvendige ressurser, tildele oppgaver hensiktsmessige, og sikre at de ansatte utfører og kan utføre pliktene sine i samsvar med helsepersonelloven § 4 (Arntzen, 2021, s. 200). Som beskrevet i teorikapitlet at virksomheten som yter helsehjelp, skal sørge for at dette arbeidet organiseres slik at helsepersonellet blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter (Helsepersonelloven, 1999, §16). Sykepleierne i studien hevder at de hadde så mange arbeidsoppgaver at de måtte hoppe over eller utsette noen av oppgavene, blant annet å vurdere og kartlegge smerter hos kreftpasienter. Hvis arbeidsoppgaver ikke blir utført på grunn av mangel på sykepleiere, kan dette føre til at pasienten ikke blir nok smertelindret eller ivaretatt optimalt (Molnes, 2019, s. 148). Blondal et al. (2009) hadde tilsvarende funn om at tidsbegrensninger gjorde smertelindring vanskeligere, og at mangel på kontinuitet i behandlingen også kan hindre god smertelindring (Blondal et al., 2009, s. 2902). Derfor er behovet for økt ressurser, i form av flere sykepleiere på arbeid, noe som kunne gitt pasienten bedre smertelindring. Dette resultere i at kommunen må utvide budsjettene til hjemmesykepleien, og at politikerne må bevilge nok penger til kommunen for at institusjonene skal kunne få tilfredsstillende bemanning.

5.2.4 Manglende smertevurdering

God smertevurdering kan sikre tilstrekkelig smertelindring hos kreftpasientene. Men til tross for det viser Granheim (2015) i sin studie at det er få av sykepleierne som tok hensyn til pasientens egen smertevurdering. Samt at sykepleierne undervurderte pasientens smerteopplevelse (Granheim, 2015, s. 331). I lys av teorien forstår vi at smerte er en subjektiv

opplevelse, og derfor er det viktig at sykepleier tar utgangspunkt i pasientens egen opplevelsen av smerte. Dette fremhever Blondal et al.(2009) ved å hevde at smertevurdering er en av sykepleiernes ansvarlige roller, og at det er svært avgjørende og gir enorm støtte for god smertelindring (Blondal & Halldorsdottir, 2009, s. 2902). Disse forholdene støttes av Lorentsen & Grov (2016) i at smertekartlegging bidrar til fokus på viktige problemområder og gir sykepleier struktur på vurdering av smerte. I tillegg bidrar dette også til felles referanserammer når pasientsituasjonen skal diskuteres rundt smertelindring (Lorentsen & Grov, 2016, s.410).

Studiene til Molnes (2014) og Blondal et al. (2009) viser at få av sykepleierne bruker kartleggingsverktøy. Dette kan skyldes flere grunner. Første og fremst oppgir sykepleierne at det er nok om de spør pasienten, at det tar alt for mye tid å fylle ut skjemaer, og i tillegg at pasienten avviste å bruke smerteskala, fordi de har så sterke smerter (Blondal et al., 2009, s. 2902; Molnes, 2014, s.149). Dette viser at sykepleierne og pasienten ikke hadde gode nok forståelse for viktigheten av kartleggingsverktøy ved smertelindring, eller mangel på rutiner for å kartlegge smerte og informasjonsmangel til pasienter om kartleggingsverktøy, noe som kan hindre en god smertelindring. Derfor er det viktig at sykepleier kartlegger og vurderer smerter for å kunne gi pasienten tilfredsstillende smertelindring, fordi en nøyaktig og grundig kartlegging av pasientens smerter danner grunnlaget for å iverksette, planlegge og evaluere en systematisk og individuelt tilpasset smertelindring for kreftpasienter (Danielsen et al., 2017, 390). Lorentsen & Grov (2016) hevder at kartleggingsverktøyet kartlegger samtidig flere symptomer og at det skal være en kvalitetsindikator for palliativ behandling (Lorentsen & Grov, 2016, s. 410). For å gi god smertelindring, er det et viktig tiltak med systematisk bruk av verktøy i kartlegging og vurdering av smerte. Dersom sykepleierne ikke bruker et systematisk kartleggingsverktøy, kan det medføre at pasientens andre symptomer overses. I vårt teorikapittel beskriver Danielsen et al.(2016) at når en driver med å kartlegge smerte, bør sykepleierne ha informasjon om smertens lokalisasjon, kvalitet, intensitet, variasjon, varighet og nedsatt funksjon. Derfor vil smertekartleggingen være med på å bevisstgjøre pasienten sin smerteopplevelse, slik at kreftpasienten kan finne ut av hvilke forhold som lindrer smertene og hva som forsterker dem. I tillegg er det viktig å ha gjensidig tillit mellom pasienten og sykepleieren, da dette er en forutsetning for god smertelindring (Danielsen et al., 2016, s. 388). Dette blir bekreftet av Eide et al. (2007) i at sykepleier får mer informasjon om pasientens tilstand ved å bruke systematiske kartleggingsverktøy enn om man bare satser på

den gode samtale (Eide & Eide, 2007, s.283). Standardiserte verktøy med ulike formål hjelper til å samle inn presis informasjon om pasients smerter, og i tillegg kan spørsmålene også med fordel anvendes som utgangspunkt for dype samtaler (Eide & Eide, 2007, s.284). Det er derfor klart at sykepleier bør bruke kartleggingsverktøy for å oppnå en god smertekartlegging hos kreftpasienten. Fordi vi ser i praksis i hjemmesykepleien at kartleggingsverktøy er lite brukt i forbindelse med smertelindring.

Studien til Blondal (2009) viser at sykepleierne hadde utfordringer med vurdering av smerte, fordi det var vanskelig å få frem nøyaktig informasjon (Blondal et al., 2009, s. 2901). Dette begrunner sykepleier med at pasienten kan smile og samtidig tåle smerten. Derfor skal sykepleierne, gjennom sine kommunikasjonsferdigheter, forstå det pasienten formidler, både nonverbalt og verbalt, for så å bruke denne informasjonen til smertekartlegging og iverksette smertelindrende tiltak (Eide & Eide, 2007, s. 136). Det å stille åpne spørsmål og innlede en samtale kan det være sentralt. Åpne spørsmål inviterer pasienten til å snakke ut fra egne følelser, tanker og opplevelser, slik at det skapes nødvendige refleksjoner og meninger sammen. Utfra dette vil sykepleier være i stand til å samle inn nødvendig informasjon, som igjen kan bidra til tilfredsstillende smertelindring (Eide & Eide, 2007, s.276). Dette støttes av Molnes (2014) for at flere kreftpasienter skal kunne få en god smertelindring i sitt eget hjem, bør man fokusere mer på god kommunikasjon mellom pasientene og sykepleierne (Molnes, 2014, s.154). Men dette er tidskrevende, så resultatet er at det krever økende ressurser.

5.2.5 Konklusjon

Sykepleierne har et viktig ansvar ved smertelindring av kreftpasienter. Dette ansvaret innebærer god oppfølging av observasjoner, vurdering og kartlegging av pasientens smerte og administrering av forordnet medikamentell smertelindring.

I de utvalgte studier viser utilstrekkelige kunnskaper, manglende fokus og undervurdering av pasientens smerter, samt utilstrekkelige rutiner for å kartlegge smerte, noe som hindrer god smertelindring. Det er viktig at sykepleier bidrar til å gi pasienten tilstrekkelig informasjon og kunnskap om smertelindring og bivirkninger av medikamenter, fordi informasjon om kreftmerter kan bidra til å redusere pasientens usikkerhet, avklare myter, misforståelser og dermed bidra til å bedre smertelindringen. Det er viktig at sykepleierne holder seg faglig oppdatert på kunnskaper og ferdigheter om smertekartlegging. Dette inkluderer økt kunnskap om opiatavhengighet, respirasjonsdepresjon og bruk av de ulike kartleggingsverktøyene. Vi

ønsker å fremheve at ESAS-skjemaet er et velegnet verktøy for kartlegging av kreftsmarter, fordi det stiller spørsmål om andre symptomer enn smerte i skjemaet, noe som kan forsterke kreftsmertene.

6.0 ANVENDELSE AV RESULTATENE I PRAKSIS

I denne oppgaven kommer det klart fram at smertelindring gitt av hjemmesykepleierne til voksne kreftpasienter som bor hjemme og som er i den tidlige palliativ fasen, ikke er god nok. Og dette går ut over pasientene. Det er ikke bra i et rikt land som Norge, da det egentlig er lett å gjøre noe med. Dette er vårt forslag til forbedringer som er relevante å anvende i praksis:

-Øke sykepleiernes kunnskaper ved

- Økte bevilgninger til kurs, seminarer og diskusjonsgrupper
- Tilstrekkelig tid og mulighet til veiledning fra kreftsykepleiere
- Hospitering ved en kreftavdeling

-Bedre smertelindringen ved

- Å øke kunnskapsnivået til sykepleierne som beskrevet i ovennevnte punkter
- Bedre tid med hver pasient for at sykepleierne skal få nok tid til å kartlegge smertelindring og ivareta pasientenes behov - altså bedre bemanning
- Sette store krav om bruk av ESAS-skjemaet ved hver ny pasient, noe som krever økt tidsbruk og derved også ha bedre bemanning

-Bedre informasjonen til pasientene ved

- Å snakke med pasientene jevnlig om smertelindring og bivirkninger
- Økt faglig kunnskapsnivå hos sykepleierne

7.0 REFERANSER

- Arntzen, E. (2021). *Ledelse og kvalitet i helsetjenesten-arbeidsglede og orden i eget hus* (2. utg.). Gyldendal Norsk Forlag.
- Blondal, K., & Halldorsdottir, S. (2009). The challenge of caring for patients in pain: From the nurse's perspective. *Journal of Clinical Nursing*, 18(20), 2897–2906. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2009.02794.x>
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Gyldendal akademisk.
- Danielsen, A., Berntzen, H., & Almås, H. (2016). Sykepleie ved smerter. I R. Grønseth, D.-G. Stubberud, & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie 1*. (5. utg., s. 381–427). Gyldendal akademisk.
- Eide, H., & Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner: Samhandling, konfliktløsning, etikk*. Gyldendal Akademisk.
- ESAS. (u. å). Symptomkartlegging og smertebehandling. Hentet fra: https://www.google.com/search?q=esas+kartlegging&rlz=1C5CHFA_enNO913NO913&hl=en-GB&sxsrf=ALiCzsYy0-cHLX5oQfDmX2RIG-8Lge9EFg:1651649315206&source=lnms&tbn=isch&sa=X&ved=2ahUKEwiVt-eVqcX3AhUU7KQKHQ-XAdQQ_AUoAXoECAEQAw&biw=1016&bih=602&dpr=1#imgrc=9GOnjw8f-jSnxM
- Friberg, F. (2017). Att göra en litteraturoversikt. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s. 141–152). Studentlitteratur.
- Granheim, T. H., Raaum, K., Christophersen, K.-A., & Dihle, A. (2015). Sykepleieres og studenters kunnskap og holdninger til smerte og smertelindring hos voksne. *Sykepleien forskning (Oslo)*, 4, 326–334. <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2015.55983>
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). Lov om kommunale helse-og omsorgstjenester. Lovdata. <https://lovdata.no/pro/lov/2011-06-24-30>
- Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell (LOV-1999-07-02-64). Lovdata. <https://lovdata.no/pro/lov/1999-07-02-64>
- Klepstad, P., & Kaasa, S. (2008). Opioider. I S. Kaasa (Red.), *Palliasjon: Nordisk lærebok* (2. utg., s. 361–374). Gyldendal Akademisk.
- Kristoffersen, N. J. (2016a). Sykepleie- kunnskapsgrunnlag og kompetanseutvikling. I G. H. Grimsbø, N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, & E.-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende Sykepleie: Sykepleie-fag og funksjon* (3. utg., s. 140–170). Gyldendal Akademisk.
- Kristoffersen, N. J. (2016b). Sykepleierens ansvar og arbeidsområder i helsetjenesten. I G. H. Grimsbø, N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, & E.-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende Sykepleie: Sykepleie-fag og funksjon* (3. utg., s. 193–265). Gyldendal akademisk.
- Kaasa, S. (2008). Smertebehandling. I S. Kaasa (Red.), *Palliasjon: Nordisk lærebok* (2. utg., s. 261–269). Gyldendal Akademisk.

- Kaasa, S., & Borchgrevink, P. C. (2008). Hva er smerte? Et klinisk perspektiv. I S. Kaasa (Red.), *Palliasjon: Nordisk lærebok* (2. utg., s. 271–310). Gyldendal Akademisk.
- Kompetansebroen. (u.å.). WHO smertetrapp. Hentet fra:
<https://www.kompetansebroen.no/modul/aktuelle-symptomer-i-lindrende-fase?o=ahus>
- Kreftregisteret. (2020, 21.september). *Kreft i Norge*. Kreftregisteret.no.
<https://www.kreftregisteret.no/Temasider/om-kreft/>
- Lorentsen, V. B., & Grov, E. K. (2016). Generell sykepleie ved kreftsykdommer. I D.-G. Stubberud, R. Grønseth, & H. Almås (Red.), *Klinisk Sykepleie*. (5. utg., s. 397–436). Gyldendal Akademisk.
- Molnes, S. I. (2014). Sykepleieres erfaringer med smertelindring til hjemmeboende kreftpasienter. *Nordisk sygeplejeforskning*, 4(2), 142–155.
<https://doi.org/10.18261/ISSN1892-2686-2014-02-06>
- Molven, O. (2019). *Helse og jus* (9. utg.). Gyldendal juridisk.
- Nortvedt, P. (2016). *Omtanke: En innføring i sykepleiens etikk* (2. utg.). Gyldendal Akademisk.
- Næss, G. (2020). Sykepleie til eldre i hjemmesykepleien. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (3. utg., s. 245–258). Gyldendal Akademisk.
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om Pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/pro/lov/1999-07-02-63>
- Rønning, M., Strand, E., & Hjermstad, M. J. (2008). Palliativ behandling utenfor sykehus-hjemmesykepleien. I S. Kaasa (Red.), *Palliasjon: Nordisk lærebok* (2. utg., s. 213–228). Gyldendal Akademisk.
- Thidemann, I.-J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. Universitetsforlaget.
- Travelbee, J. (2001). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Gyldendal.
- Valeberg, B. T., Bjordal, K., & Rustøen, T. (2010). *Kreftpasienters barrierer mot smertebehandling*. 5(4), 266–276.
<https://sykepleien.no/forskning/2010/12/kreftpasienters-barrierer-mot-smertebehandling>

8.0 VEDLEGG

Vedlegg 1: Søkelogg

Søkedato	Database/søketj neste	Søkeord og ordkombinasj oner	Avgrensnin ger	Anta ll treff	Leste abstra kt	Leste artikl er	Antall valgte artikler
17.03.22	Oria	Ulike barrierer AN D smertelindrin g	Avgrenset med fagfelleverd ert tidsskrift, artikkel, norsk, utgivelsesår 2007-2020	5	2	2	1 Kreftpasiente rs barriere mot smertebehan dling
15.03.2 022	Idunn	Smertelindrin g hos kreftpasienter AND sykepleier	Avgrenset med å velge fagfelleverd erte tidsskrift, artikkel, Norsk og årstall fra 2012.	3	2	1	1 Sykepleieres erfaringer med smertelindrin g til hjemmeboen de kreftpasienter .

15.03.20 22	Oria	smertelindring* sykepleier*	92 treff, avgrenset ved å velge fagfelleverderte tidsskrift, artikkel, norsk og årstall fra 2012.	14	2	2	1 Sykepleieres og studenters kunnskap og holdninger til smerter og smertelindring hos voksne kreftpasienter
03.04.20 22	Oria	Nurse challenge with cancer AND pain relief	Fagfelleverdert, artikkel, engelsk, utgivelsesår , 2007-2022	831 5	20	10	1 The challenge of caring for patients in pain: from the nurse's perspektiv

Vedlegg 2 Litteratormatrise

Forfatter(e) Årstell Tidsskrift Land	Artikkel - tittel	Hensikten med studien	Perspektiv (sykepleier/pasient/pårørende)	Metode og analyse	Utvalg/populasjon	Hovedfunn/resultater
Valeberg, T.B., Bjordal, K. & Rustøen, T. (2010) Sykepleien forskning 2010	Kreftpasienters barrierer mot smertebehandling	Beskrive hvilke barrierer kreftpasienten har til smerte og smertelindring	Pasient	Kvantitativ: beskrivende tverrsnittsun dersøkelse med 217 polikliniske pasienter som har smerte eller bruker smertestillende medikamenter hvor barriere mot smerte og smertebehandling undersøkes ved hjelp av spørreskjema.	Kreftpasienter over 18 år, pasienter som kom til poliklinikk fikk informasjon skrevet og ble screenet om de har smerte eller brukte smertestillende medisin. De som oppfyller inklusjonskriteriene,	De høyeste problemene som ble reflektert om barrier smerte og smertebehandling er redsel for avhengighet, toleranse, symptomer i for hold eget helsetilstand, nye smerter og redsel på enkelte bivirkninger som dødsighet.

					ble forespurt om å delta i studien. De som ønsket å delta undertegne t et informert samtykke. De fikk også med seg et spørreskje ma hjem som de senere returnere i en frankert svarkonvol utt.	
Molnes, S. I. (2014). Nordisk sygeplejef orskning.	Sykeplei eres erfaringe r med smertelin dring til hjemmeb oende kreftpasi enter	Hensikt en med studien var å belyse hvordan sykeple ierne oppleve r	Sykepleie r	Kvalitativ metode. Halvstruktur erte intervju med 10 sykepleiere. Dette baserer seg på en	10 sykepleier som jobber i forskjellig e distrikt i hjemmetje nesten	Selv om sykepleierne hadde et sterkt ønske til å gi god smertelindring, av andre grunn de kunne ikke tilfredsstille pasienten. De

		kompetansen i smertelindring til hjemmeboende kreftpasienter.		beskrivende undersøkelser for at sykepleierne skal kunne formidle sine egne erfaringer fra praksis. Det er analysert ved å dele opp i tre kategorier som handler om sykepleierne's opplevelse av faglig oppdatering, sykepleierne's opplevelse av hjemmesykepleien og sykepleierne's opplevelse av omgivelsene.		hadde lite tid til faglig diskusjon, sjelden gjennomført intern undervisning grunnet manglende kompetanse, Ressursmangel fører til utilstrekkelig smertelindring til kreftpasienter og holdning til de ansatte spilte en vesentlig rolle i det å gi smertelindring.
--	--	---	--	---	--	---

Granheim T. H., Raaum, K., Christoph ersen, K- A. & Dihle, A. (2015). Sykepleier forskning.	Sykeplei eres og studenter s kunnskap og holdning er til smerter og smertelin dring hos voksne	Belyse sykeple ieres kunnsk ap om smerte og smerteli ndring hos voksne kreftpas ient.	Sykepleie rog sykepleie rstudent.	Kvantitativ. Metode som er brukt er deskriptive tverrsnittsun dersøkelse, der data ble samlet inn ved hjelp av den norske versjonen av kartleggings verktøyet Nurses` Kno wledge and Attitudes Survey Regarding Pain (NKAS-N). NKAS-N inneholder 39 spørsmål om smertelindri ng og smertehåndt ering.	200 sykepleier og sykepleier student. av disse 114 sykepleier e og 86 var sykepleier studenter.	Sykepleiere hadde redsel for respirasjonsdep resjon og opioidavhengig het, noe som kan føre til at pasienter ikke blir godt nok smerte lindret. hadde behov for å styrke kompetanse, slik at sykepleier og studenter kan bli dyktigere til å håndtere smerter hos pasienter.
Blondal, K & Halldorsd	Utfordrin gen med å ta vare på	Å få frem de utfordri ngene	Sykepleie r	Kvalitativ studie, en feminologis k	249 sykepleier e med minst 2 års	Funn viser sykepleiernes utfordringer er å vurdere av

<p>ottir, S. (2009).</p>	<p>pasienter med smerter: fra sykepleierens perspektiv</p>	<p>sykepleierne står overfor pasienter med behov for smertelindring. Og ikke minst øke forståelse for hvordan det er for sykepleieren å ta seg av pasienter med smerter.</p>		<p>tilnærming involverte 30 dialoger med 10 erfarne sykepleiere. Det ble brukt undersøkelse en dyp intervjuet for datasamling.</p>	<p>sykepleiererfaring, innenfor medisinsk eller kirurgisk sykehusavdeling.</p>	<p>smerte som er å "lese pasienten", hvordan virkelig har det. Sykepleier frykter for opiatavhengighet og respirasjonsdepresjon, og sykepleiernes syn på bruk av smertekartlegging varierer.</p>
--------------------------	--	--	--	--	--	--

Vedlegg 3: Edmonton Symptom Assessment System

Edmonton Symptom Assessment System (revidert versjon) (ESAS-r)

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

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

Pasientens navn: _____

Dato: _____

Tidspunkt: _____

Fylt ut av (sett ett kryss):

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