

BSYBAC_5

Bacheloroppgave i Sykepleie

Hvilke barrierer møter sykepleier under smertelindring av palliative kreftpasienter som bor i eget hjem?



Universitetet
i Stavanger

Det helsevitenskapelige fakultet
Bachelor i Sykepleie

Stavanger, 4 mai. 2022.



Vi tillater at bacheloroppgaven kan brukes som eksempeloppgave på studiet.

SAMMENDRAG

Bakgrunn: Antall kreftpasienter i Norge er økende, og smerter er et utbredt symptom innen denne pasientgruppen. Palliative pasienter mottar i større grad helsehjelp i hjemmet, og er derfor avhengig av støtte fra hjemmesykepleien. På bakgrunn av dette ønsket vi å undersøke i hvilken grad sykepleierne som gir hjelp i hjemmet klarer å møte denne pasientgruppens behov for smertelindring.

Hensikt: Hensikten med denne oppgaven er å belyse hvilke barrierer som ligger til grunn for utilstrekkelig smertelindring av palliative kreftpasienter som mottar behandling i eget hjem. Videre håper vi å kunne fremheve muligheter for å styrke smertelindringen.

Metode: Dette er en litteraturbasert oppgave hvor vi har analysert tre ulike kvalitative forskningsartikler. Denne analysen har blitt gjort på bakgrunn av metoden vist i Fribergs Dags för Uppsats (2017).

Resultat: I resultatet har vi valgt ut fire hovedtema som barrierer til effektiv smertelindring av palliative kreftpasienter i hjemmet. Disse barrierene er: mangel på kommunikasjon og erfaring, barrierer innenfor kommunikasjon og tverrfaglig samarbeid, holdninger og religiøse overbevisninger, og mangel på støtte og ressurser i helsetjenesten.

Diskusjon: Vi har i denne oppgaven drøftet de fire hovedtemaene opp mot sykepleieteori, artikler og lovverk for å oppklare om yrkesutøvelsen som utføres i dag er tilstrekkelig.

Konklusjon: Etter analysen av hovedpunktene ser vi at ressurser spiller en viktig rolle i flere av dem. Dessuten ser vi tydelige konsekvenser av manglende ressurser i dagens helsetjeneste. Ved å redusere ressursmangelen, øke kunnskap og samarbeid, samt gjøre helsepersonell observante på egne holdninger i yrkesutøvelsen, ser vi for oss at smertelindringen kan styrkes.

Nøkkelord: Palliasjon, kreft, smertelindring, kommunehelsetjeneste, hjemmesykepleie, retningslinjer, lover, kunnskap, tverrfaglig samarbeid og ressurser.

FORORD

“Lykken inntreffer når smerten tar en pause”

- Janne S. Drangsholt, 2018

Innholdsfortegnelse

1. INNLEDNING	6
1.1. Problemformulering og valg av tema	6
1.2. Hensikten med oppgaven.....	6
1.3. Begrepsavklaringer	7
2. TEORI	8
2.1. Lovverk.....	8
2.2. Kreft og palliativ fase.....	9
2.3. Hva er smerte?	9
2.4. Hvordan vurdere og lindre smerte?	10
2.5. Yrkesetikk og holdninger.....	10
2.6. Kompetanse	11
2.7. Lidelse og livskvalitet.....	11
3. METODE	13
3.1. Valg av metode.....	13
3.2. Litteratursøk	13
3.3. Valg av databaser	13
3.4. Valg av søkestrategier og søkeord	14
3.5. Valg av artikler	14
3.6. Analyse	15
4. RESULTAT.....	17
4.1. Resultat av artikler.....	17
4.2. Manglende kunnskap og erfaring innen smertelindring	17
4.2.1. Sykepleiers faglige kompetanse og erfaring	17
4.2.2. Pasient og pårørendes kunnskap til smertelindring og prognose.....	18
4.3. Sykepleier opplever barrierer innen kommunikasjon.....	19
4.3.1. Tverrfaglig samarbeid mellom ulike helseinstanser	19
4.3.2. Utfordringer rundt samspillet mellom sykepleier og pasient/pårørende	20
4.4. Personlige holdninger som kan påvirke smertelindringen	20
4.4.1. Kulturelle og religiøse overbevisninger sin effekt på smertelindring.....	20
4.4.2. Sykepleiers holdninger til smertelindring	21
4.4.3. Pasient og pårørendes holdninger til smertelindring	21
4.5. Sykepleier opplever mangel på støtte og ressurser i helsetjenesten	22
4.5.1. Høyt arbeidspress og lav bemanning som fører til tidsrestriksjoner	22
5. DISKUSJON	23
5.1. Metodediskusjon.....	23

5.2. Resultatdiskusjon	24
5.2.1. Manglende kunnskap og erfaring innen smertelindring	25
5.2.2. Sykepleier opplever barrierer innenfor kommunikasjon	26
5.2.3. Personlige holdninger som kan påvirke smertelindring	27
5.2.4. Sykepleier opplever mangel på ressurser og støtte i helsetjenesten	29
6. AVSLUTNING	32
6.1. Konklusjon	32
6.2. Implikasjoner for videre praksis	33
LITTERATURLISTE	34
VEDLEGG 1. SØKELOGG	37
VEDLEGG 2. LITTERATURMATRISE	39

Antall ord: 7 825

1. INNLEDNING

1.1. Problemformulering og valg av tema

I Norge registreres mer enn 35 000 tilfeller av kreft hvert år og tallet er stigende (Folkehelseinstituttet, 2022). Smerter er et vanlig symptom hos denne pasientgruppen. Over 50% av pasientene gir uttrykk for smerter i forskjellig grad. Den kan være relatert til selve kreften, behandlingen eller tanker rundt selve situasjonen (Kreftforeningen, 2022). Et av funnene i doktoravhandlingen utgitt i 2013 av Simen A. Steindal viser at én av ti døende ikke får tilstrekkelig smertelindring (Hernæs, 2020a).

I dag er det flere pasienter som dør hjemme. På denne måten får pasientene den siste tiden i vante omgivelser med sine nærmeste rundt. Dette gir et økt press på hjelpeapparatet som skal sørge for at alle parter ivaretas etter beste evne. Smertelindring i livets siste fase kan ha stor innvirkning på livskvaliteten. Det er et mål at pasient og pårørende skal oppleve dette som trygt og samtidig sitte igjen med gode minner (Kirkens Bymisjon, 2016, s.4-6).

Palliasjon er et tema vi har hatt interesse for gjennom studiet. Vår oppfattelse under praksis er at det er stor variasjon i smertelindringen. Vår opplevelse er at pasienter som befinner seg i kommunen har økt risiko for utilstrekkelig smertelindring, dette på tross av fastsatte rutiner for lindring. På bakgrunn av dette har vi sett lidelse hos pasient, samt frustrasjon og en følelse av hjelpeløshet fra pårørende.

Problemformuleringen for denne oppgaven er:

“Hvilke barrierer møter sykepleier under smertelindring av palliative kreftpasienter som bor i eget hjem?»

1.2. Hensikten med oppgaven

Hensikten med oppgaven er å utforske hvilke utfordringer sykepleiere møter under smertelindring av palliative kreftpasienter som ønsker å bo hjemme. Vi skal belyse ulike barrierer som hindrer tilstrekkelig smertelindring, og med dette fremheve muligheter for å styrke denne pleien. Vi skal hovedsakelig undersøke dette gjennom et sykepleieperspektiv, men ønsker også å belyse pasient og pårørendes opplevelser.

1.3. Begrepsavklaringer

Palliasjon: “*Aktiv behandling, pleie og omsorg for pasienter med uhelbredelig sykdom og kort forventet levetid*” (Helsedirektoratet, 2018).

2. TEORI

2.1. Lovverk

Sykepleiers yrkesutøvelse er regulert gjennom flere lover og regler. En av disse lovene er pasient- og brukerrettighetsloven. Lovens formål er å sikre befolkningen lik tilgang på tjenester av god kvalitet (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §1). I pasient- og brukerrettighetsloven §2-5 beskrives pasientens rett til en individuell plan (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §2-5). Videre utdypes pasient og brukerens rett til medvirkning og informasjon. I pasient- og brukerrettighetsloven §3-1 står det: *“Tjenestetilbudet skal så langt som mulig utformes i samarbeid med pasient eller bruker”* (Pasient - og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-1).

I helsepersonelloven stilles det krav til helsepersonellens yrkesutøvelse. Lovens formål er å bidra til økt pasientsikkerhet og kvalitet i helse- og omsorgstjenestene. I helsepersonelloven §4 står det: *“Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjon for øvrig”* (Helsepersonelloven, 1999, §4). Videre står det: *“Helsepersonell skal innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner, og skal innhente bistand eller henvise pasienter videre der dette er nødvendig og mulig”* (Helsepersonelloven, 1999, §4).

Feil i legemiddelhåndtering kan resultere i alvorlige konsekvenser for pasienten. Helsetilsynet har derfor utarbeidet rutiner for legemiddelhåndtering. Disse rutinene omhandler istandgjøring og kontroll av legemidlene, samt kvalifikasjoner hos personalet som håndterer legemidlene (Helsetilsynet, 2021).

I 2012 ble samhandlingsreformen iverksatt. Dette medførte at flere syke skulle bli tatt hånd om av kommunehelsetjenesten. Pasienter som tidligere ble behandlet på sykehus, kunne nå komme hjem og få tilbud om pleien i egen kommune (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009, s. 26-30).

2.2. Kreft og palliativ fase

Kreft er et resultat av ukontrollert celledeling som fører til dannelse av en kreftsvulst (Lorentsen & Grov, 2016, s. 399). Palliasjon er betegnelse på en behandlingsform for pasienter med uhelbredelig sykdom. Behandlingen innebærer aktiv pleie og omsorg for å lindre pasientens symptomer, hvor et av de vanligste symptomene er smerter (Kreftforeningen, u.å.). I tillegg skal palliasjon ha en helhetlig tilnærming, noe som krever klinisk erfaring og kunnskap hos helsevesenet. Målet med behandlingen er i hovedsak å redusere pasientens fysiske, psykiske og eksistensielle lidelser (Helsedirektoratet, 2019, s-11-12).

Som nevnt tidligere er smerter et av de vanligste symptomene disse pasientene opplever. Smertelindring av kreftpasienter gjennomføres vanligvis ved hjelp av opioider som morfin eller morfinlignende medikamenter (Kreftforeningen, u.å.).

Studier viser at mange kreftpasienter i Norge ønsker å tilbringe sin siste tid hjemme. Når pasienten velger hjemmedød må dette i stor grad planlegges. God kommunikasjon er essensielt. Både pasient og pårørende har behov for informasjon om den siste tiden slik at de kan planlegge tiden fremover og si farvel (Helsedirektoratet, 2019, s. 13). Samtidig må de ha mulighet til å kontakte aktuelle hjelpeinstanser når dette skulle bli nødvendig (Kreftforeningen, 2022).

Pasienter med en uhelbredelig kreftdiagnose har et komplekst sykdomsbilde, og pasienten vil ha et behov for støtte fra flere ulike helseprofesjoner fra både spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Dette kan omhandle fastlege, hjemmesykepleie, mobilt palliativt team og kreftkoordinatorer. God kommunikasjon mellom tjenestene er derfor nødvendig. For å sikre kvalitet i arbeidet, samt unngå pasientskader er et godt tverrprofesjonelt samarbeid en viktig faktor (Helsedirektoratet, 2019, s. 14).

2.3. Hva er smerte?

IASP's definisjon av smerte ble i 2020 revidert. I dag beskriver de smerte slik: "*An unpleasant sensory and emotional experience associated with, or resembling that associated with, actual or potential tissue damage*" (Hernæs, 2020b). Smerter er i stor grad en subjektiv følelse og den kan derfor i liten grad påvirkes av andre. I tillegg er smerter et sammensatt

problem hvor flere faktorer spiller en rolle i pasientens opplevelse av smerte. Den kan også føre til redusert livskvalitet og unødig engstelse i en allerede vanskelig tid (Danielsen, Berntzen & Almås, 2016, s.383).

2.4. Hvordan vurdere og lindre smerte?

Hovedmålet med smertelindring er ifølge Den norske legeforening at pasienten skal ha det så godt som mulig (Den norske legeforening, 2009, s. 6). For at pasienten skal få tilstrekkelig smertelindring er det viktig å vurdere pasientens smerter, samt effekt av behandlingen (Danielsen et al., 2016, s. 388). Pasienter som blir utilstrekkelig lindret står i fare for tilleggsplager som kvalme, angst og søvnvansker m.m. (Kreftforeningen, u.å.). Sykepleier må i noen tilfeller bruke et klinisk blikk for å vurdere pasienten uten verbal bekreftelse på smerte. Noen viktige punkt for å vurdere smerte er blant annet pasientens ansiktsuttrykk, pust, kroppsspråk og eventuelle lyder som ynking eller stønning (Hernæs, 2020a).

2.5. Yrkesetikk og holdninger

Nettsiden til Norsk sykepleierforbund skriver: *“Grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet. Sykepleie skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene”* (Norsk Sykepleierforbund, 2019).

Katie Eriksson er sykepleier, filosof og kjent for sitt etiske mantra: *“Jag var der, jag såg, jag vittnade och jag blev ansvarig”* (Alvsvåg, Bergland & Førland, 2013, s. 70). Denne etikken viser til viktigheten rundt ansvaret og “makten” sykepleieren har rundt sine observasjoner og den videre behandlingen. Dette er spesielt viktig hos palliative pasienter da de i stor grad er avhengige av sykepleieren og annet helsepersonell for å redusere lidelse og bedre livskvaliteten i deres siste fase.

Smerte er vanskelig for oss som sykepleiere å måle. Derfor er det viktig å kunne stole på det pasienten forklarer om egne opplevelser. Ut fra egne erfaringer og skjønn tolker vi andres smerter. Holdningene vi legger i behandlingen skal ikke gå ut over pasienten i negativ forstand. Forskning viser at sykepleiere er liberale til bruk av opioider ved kronisk sykdom.

Dette innebærer at vi i stor grad viser hensyn og forståelse for pasientens smerter (Danielsen et al., 2016, s.382).

Som sykepleier skal vi ta vare på den enkelte pasients verdighet og integritet. Pasienter har rett på lik forsvarlig og omsorgsfull hjelp. Vi skal fremme håp, mestring og livsmot hos pasienten, der vi skal forhindre krenking (Norsk Sykepleierforbund, 2019). Kreftpasienter som ønsker å dø hjemme skal kunne ha en aktiv rolle i beslutningsprosesser om egen behandling. Det er også viktig at vi inkluderer pårørende og behandler dem med respekt og omtanke (Norsk sykepleierforbund, 2019).

Vi har et etisk rammeverk med fire prinsipper vi skal handle ut ifra. Disse fire prinsippene omhandler plikten til å gjøre godt mot andre, ikke skade andre, respektere andres autonomi, samt plikten til å behandle alle likt (Brinchmann, 2021, s.83-85).

2.6. Kompetanse

Dagens sykepleie bygges på en kunnskapsbasert praksis. Det vil si at utførelsen av sykepleie blir basert ut fra forskning, erfaring og brukers ønsker og behov (Kristoffersen, 2016, s. 144-145). Dette er også det første punktet i Norsk Sykepleierforbunds yrkesetiske retningslinjer «*Sykepleie skal bygge på forskning, erfaringsbasert kompetanse og brukerkunnskap*» (Norsk Sykepleierforbund, 2019).

Sykepleiere er pliktet gjennom helsepersonelloven §4 å utøve faglig forsvarlig helsehjelp (Helsepersonelloven, 1999, §4). Dette innebærer blant annet at sykepleier innehar nødvendig kompetanse – de holder seg faglig oppdatert, har nødvendige ferdigheter og har innsikt i egne muligheter og begrensninger (Norsk Sykepleierforbund, u.å.). Sykepleiere befinner seg i et yrke hvor kunnskapen konstant utvikler og oppdaterer seg. Norsk Sykepleierforbund fremhever viktigheten av dette i sine yrkesetiske retningslinjer: «*Sykepleieren holder seg oppdatert om forskning, utvikling og dokumentert praksis innen eget fagområde og bidrar til at ny kunnskap anvendes i praksis*» (Norsk Sykepleierforbund, 2019).

2.7. Lidelse og livskvalitet

Lidelse er en kamp- og sorgprosess som påvirker hele mennesket. Sykdomslidelse kan ifølge Katie Eriksson kjennes som fysisk smerte og åndelig lidelse som for eksempel skam og mindreverd. Palliative kreftpasienter har et stort hjelpebehov over tid. De mister autonomi og

blir avhengig av andre. Dette vil medføre betydelig lidelse for pasienten i tillegg til selve sykdommen de strever med (Kristoffersen & Breievne, 2016, s.195). I pleiesituasjoner kan også pasienten oppleve lidelse i form av pleielidelse. Dette omhandler blant annet maktutøvelse og uteblitt pleie (Kristoffersen & Breievne, 2016, s.195-196).

3. METODE

3.1. Valg av metode

Vi skal svare på problemformuleringen ved hjelp av en kvalitativ tilnærming. En slik tilnærming øker forståelsen av det samfunnet vi lever i, samtidig som det gir innblikk i hvordan mennesker samhandler med hverandre. Ved hjelp av en slik metode kan man i større grad få innblikk i deltakernes opplevelse av hendelser, samt hvilke erfaringer de sitter igjen med. Vi har muligheten til å se utdypelse av meninger fra intervjuobjektene, og det er rom for oppfølgingsspørsmål. Til grunnlag for oppgaven ligger tre forskningsartikler. I tillegg har vi gått dypere i emnet ved hjelp av annen faglitteratur og lovverk. For å få et godt overblikk over litteraturen har vi bygget oppgaven på en systematisk litteraturoversikt. Det vil si at vi har fordypet oss i allerede eksisterende litteratur om emnet vårt (Dalland, 2017, s. 52-53).

Fenomenologi er måten man opplever verden rundt oss. I en fenomenologisk undersøkelse ønsker man å kartlegge hvordan deltakerne har opplevd hendelser og tidligere erfaringer (Dalland, 2017, s. 45). Dalland forklarer hermeneutikken slik: «*Hermeneutikken handler om å fortolke meningsfulle fenomener og å beskrive vilkårene for at forståelse av mening skal være mulig*» (Dalland, 2017, s. 46). På bakgrunn av dette ser vi en sammenheng mellom hermeneutikken og tidligere erfaringer. Samtidig ser vi sammenheng mellom hermeneutikken og fenomenologi. Formålet med et kvalitativt intervju er å undersøke hendelser og erfaringer i detalj. Man ønsker å få frem den enkelte deltakers erfaring og det anbefales på bakgrunn av dette å bruke få intervjupersoner (Dalland, 2017, s. 76).

3.2. Litteratursøk

Vi startet med et innledende litteratursøk, og ønsket å undersøke om det var tilgjengelig forskning relatert til vårt problemområde. Vi oppdaget at det fantes rikelig med litteratur noe som satte krav til inklusjon og eksklusjonskriterier. Dette har vi beskrevet mer utdypende under punktene 3.3. og 3.4. i oppgaven. Vi fant en del eldre litteratur utenfor vårt ønskelige geografiske område, derfor ble det desto viktigere med gode kriterier.

3.3. Valg av databaser

Ettersom forskningsartiklene legger grunnlaget for oppgaven, ønsket vi å finne relevante og fagfellevurderte artikler. Vi så det også som hensiktsmessig å bruke helserelaterte databaser

for å svare på problemformuleringen. Vi kom derfor frem til Cinahl, og ScienceDirect gjennom databaselisten på UiS sine nettsider. Dessuten ønsket vi å involvere norske forskningsartikler. Vi har derfor gjennomført søk i Idunn. Dette er akademiske databaser noe som sikrer innholdets kvalitet. Gjennom disse databasene kom vi frem til tre artikler. Vi utforsket også andre databaser som SVEMED+, men artiklene var ikke tilfredsstillende målt opp mot vår problemformulering.

3.4. Valg av søkestrategier og søkeord

Før søkeprosessen satte vi opp en rekke aktuelle søkeord. På Idunn har vi mulighet for å gjennomføre både boolsk søk og trunkering. På Cinahl har vi gjennomført boolsk søk, og på ScienceDirect har avgrensninger vært en viktig ressurs. Vi har hovedsakelig brukt AND som kombinasjonsord da dette i større grad avgrenser funnene, da de valgte søkeordene må være med i artikkelen. Søkeprosessen vår er illustrert i søkelogg, se vedlegg 1.

Ettersom problemformuleringen vår var konkret fra start, samtidig som vi hadde flere relevante søkeord og avgrensninger, fikk vi et lavt antall treff av artikler. Vi har blant annet valgt å forholde oss til forskning gjennomført av vestlige land som har en organisert velferdstjeneste. På denne måten har disse helsetjenestene mest mulig til felles med sykepleien vi finner i Norge. Vi ønsket også å forholde oss til nyere forskning, og ønsket ikke artikler som var eldre enn 10 år. Videre er alle artiklene fagfellevurdert. På denne måten sikrer vi oss at artiklene er gjennomgått av eksperter innen det aktuelle fagområdet.

3.5. Valg av artikler

Artikkel A (2014):

Den første artikkelen vi valgte er en kvalitativ studie som tar for seg sykepleieres erfaring med å gi helsehjelp til pasienter med langtkommen kreft i hjemmet. Artikkelens tittel er: "*A qualitative exploration of district nurses' care of patients with advanced cancer*" (2014). Studien ble gjennomført ved å intervju 40 deltagere som arbeidet i hjemmesykepleien i fire ulike områder i Nordvest-England. Intervjuene ble gjennomført i fokusgrupper ved hjelp av en fleksibel tema guide. Disse intervjuene ble tatt opp og analysert ved hjelp av tematiske innholdsanalyser. I studien kommer det frem at kompleksiteten av pasientens helsesituasjon

samt familiedynamikken, hadde stor betydning for hvilke hindringer sykepleierne kunne møte under møte og behandling av pasienten.

Artikkel B (2014):

Den andre artikkelen er norsk og omhandlet i hovedsak det vi hadde med oss i problemformuleringen. Tittelen på artikkelen er: *“Sykepleiers erfaringer med smertelindring til hjemmeboende kreftpasienter”* (2014). Hensikten med studien var å belyse hvordan sykepleiere opplever kompetanse rundt smertelindring til hjemmeboende kreftpasienter. Det ble hentet data gjennom halvstrukturerte, individuelle intervju hos ti sykepleiere i forskjellige omsorgsdistrikt innen hjemmesykepleie. Resultatet i artikkelen viser at de fleste sykepleierne var fornøyde med egen utført jobb, men at det var utfordrende å tilby den beste smertelindringen. Resultatene i studien belyser dårlig kompetanse og kommunikasjon som utfordringer iht. tilstrekkelig smertelindring. Økning i fokus på symptomlindring, god kommunikasjon samt en økt kompetanse vil ifølge studien være relevant for ønsket resultat hos pasientene.

Artikkel C (2022):

Den tredje artikkelen vi valgte er en kvalitativ studie som tar for seg sykepleierens perspektiv angående barrierer for å gjennomføre adekvat smertelindring. Her ble det gjennomført forskningsintervjuer av 25 sykepleiere som i forskjellig grad gjennomførte smertelindring av pasienter i livets slutfase. Tittelen på artikkelen er: *“Barriers to adequate pain and symptom relief at the end of life: A qualitative study capturing nurses’ perspectives”* (2022). Sykepleierne som deltok i disse intervjuene arbeidet i Australia og hadde flere års praktisk og teoretisk erfaring. Dataene som ble samlet fra intervjuene ble analysert ved hjelp av en seks-trinns analyseteknikk, hvor fem punkter ble fremhevet som årsaker til utilstrekkelig smertelindring i livets slutfase.

3.6. Analyse

I analysearbeidet valgte vi å bruke Fribergs analysemodell for kvalitative forskningsartikler som blir presentert i *Dags för Uppsats* (Friberg, 2017, s. 135-137). Vi har lest gjennom artiklene flere ganger for å få økt forståelse av artiklenes innhold. På bakgrunn av nøkkelfunn fra artiklene, har vi satt opp felles hovedtema og underkategorier for å kunne samle funnene

fra de ulike artiklene. På denne måten ønsker vi å få en grundig oppfattelse av temaet på bakgrunn av alle tre artikler.

4. RESULTAT

4.1. Resultat av artikler

Etter vår analyse av de tre artiklene har vi kommet frem til fire hovedtema som ser ut til å spille en viktig rolle når det gjelder opprettholdelse av adekvat smertelindring til palliative kreftpasienter. I tabell 4 har vi illustrert disse hovedtemaene sammen med underkategorier vi ønsker å belyse videre.

Tabell 4. Illustrasjon av hovedtema og underkategorier i resultatdelen.

Hovedtema	Underkategori
Manglende kunnskap og erfaring innen smertelindring	Sykepleiers faglige kompetanse og erfaring Pasient og pårørendes kunnskap til smertelindring og prognose
Sykepleier opplever barrierer innen kommunikasjon	Tverrfaglig samarbeid mellom ulike helseinstanser Utfordringer rundt samspillet mellom sykepleier og pasient/pårørende
Personlige holdninger som kan påvirke smertelindringen	Kulturelle og religiøse overbevisninger sin effekt på smertelindring Sykepleiers holdninger til smertelindring Pasient og pårørendes holdninger til smertelindring
Sykepleier opplever mangel på støtte og ressurser i helsetjenesten	Høyt arbeidspress og lav bemanning som fører til tidsrestriksjoner

4.2. Manglende kunnskap og erfaring innen smertelindring

4.2.1. Sykepleiers faglige kompetanse og erfaring

Artikkel A (2014) og C (2022) drar frem konsekvenser av manglende kompetanseheving. Flere av sykepleierne i artikkel B (2014) forteller at de har ytret et ønske om økt faglig kompetanse til arbeidsplassen for å kunne bedre pasientbehandlingen, men dette har av ulike årsaker ikke blitt møtt (Molnes, 2014, s. 147). Deltakere i artikkel C (2022) diskuterer

hvordan kompetansemangel fører til redusert selvsikkerhet under sykepleierens smertelindring av palliative pasienter (Gerber et al., 2022, s. 5). Sykepleiere i artikkel B (2014) forteller om stor arbeidsmengde, samt et arbeidsmiljø som hindrer dem å tilegne seg kompetanse selvstendig. De opplever at enkelte kollegaer flykter til arbeidsplasser med økt fokus på fagutvikling. Dette fører til at arbeidsplassen mister viktig kompetanse. Sykepleierne uttrykte også utilstrekkelig fokus på smertelindring allerede i grunnutdanning (Molnes, 2014, s. 147-148).

I artikkel B (2014) diskuterer deltakerne mulige løsninger for å motarbeide denne kompetansemangelen. Bruk av interne kollokviegrupper og deling av erfaringer var nevnte virkemidler for kompetanseheving. Kollegaer med videreutdanning innen kreftsykepleie ble nevnt som viktig for intern kompetanseheving (Molnes, 2014, s. 147). Deltakere i artikkel B (2014) forteller at de har hatt nytte av hospitering ved kreftavdelinger. Her har de observert godt faglig miljø, samt fått mulighet til praktisk kompetanseheving. Etter hospiteringen følte de på økt trygghet (Molnes, 2014, s. 147). I tillegg følte sykepleierne på personlig vekst og hjemmesykepleien hadde hatt godt utbytte av dette (Molnes, 2014, s. 152). En sykepleier i artikkel C (2022) forteller dessuten at hun har observert en sammenheng mellom kunnskap og alder på arbeidsplassen:

I can see hesitation and certainly with some of our older registered nurses who have been in the aged care industry for quite some time and have not kept up with education, so [they are] still working with some old impressions about what is morphine and what is its role and function [in] end-of-life care. (Nurse 19, community and aged care) (Gerber et al., 2022, s. 5).

4.2.2. Pasient og pårørendes kunnskap til smertelindring og prognose

I artikkel A (2014) fremheves situasjoner hvor pårørende er mistenksomme rundt smertelindringen som blir gitt. De opplever at pasientene enten får for lite eller for mye medikamenter, og deres forventninger til behandlingen oppfylles derfor ikke (Wilson, Griffiths, Ewing, Connolly & Grande, 2014, s. 313). Enkelte pårørende hadde en oppfattelse av at smertelindring kunne trigge dødsfall. Dette skapte engstelse hos sykepleier da deres behandling kunne oppfattes som skadelig for pasienten (Wilson et al., 2014, s. 313).

I artikkel A (2014) nevnes Shipman saken som en begrunnelse for engstelse og skepsis blant både pårørende og sykepleiere. Pårørende var bekymret for at opiatrer trigget dødsfallet. Denne tankegangen førte til engstelse for hva pårørende tenker om den behandlingen sykepleierne gir. Dette førte til at sykepleierne var tilbakeholdne med smertestillende, noe som førte til utilstrekkelig smertelindring av pasienten (Wilson et al., 2014, s.313). En sykepleier sier blant annet:

(DN) With the Shipman thing, as well, you're, sort of, always conscious of when you're giving somebody...where do you draw the line, you want to control their pain but then sometimes you've got the relatives, like, watching you and thinking....You know, give them more, you know, the pain is not controlled, give them more. (FG1) (Wilson et al., 2014, s. 313).

I tillegg opplever sykepleiere at pårørende hadde vansker med å akseptere pasientens helsesituasjon. Denne fornektelsen førte i noen tilfeller til at pasienten ble skjermet for viktig informasjon og pasienten hadde derfor ikke forståelse for egen helsesituasjon. Dette kunne føre til redusert tilbud ettersom tilretteleggelse og forberedelse av det palliative forløpet ikke ble gjennomført (Wilson et al., 2014, s. 312-313). Artikkel C (2022) beskriver lignende funn. Sykepleiere opplevde flere situasjoner hvor pasient og/eller pårørende ikke aksepterte at pasienten skulle dø (Gerber et al., 2022, s.6).

4.3. Sykepleier opplever barrierer innen kommunikasjon

4.3.1. Tverrfaglig samarbeid mellom ulike helseinstanser

Et annet tema som er gjentakende i artiklene er viktigheten av kommunikasjon. Som nevnt tidligere har palliative kreftpasienter et økt behov for tverrfaglig samarbeid med ulike helseinstanser. God kommunikasjon er derfor viktig. Det kommer frem i artikkel C (2022) at tverrfaglig kommunikasjonen ikke er tilstrekkelig til tross for at dette var et tema alle deltakerne karakteriserte som kritisk for å oppnå tilstrekkelig lindring (Gerber et al., 2022, s. 5).

I artikkel B (2014) forteller sykepleierne om viktigheten av god kommunikasjon mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. I tilfellene hvor informative rapporter gjennomføres i forkant av utskrivelse har sykepleierne god mulighet til å sette seg inn i

pasientsituasjonen, samt tilrettelegge for nødvendige hjelpemidler i forkant av hjemreisen. Dessverre opplever sykepleierne i denne artikkelen at flere pasienter blir utskrevet uten epikrise, sykepleierapport eller fullstendige medisinalister. Sykepleiere uttrykker frustrasjon rundt dette ettersom de må etterspørre viktig informasjon, som er ressurskrevende (Molnes, 2014, s. 150). Samtidig gir spesialisthelsetjenesten forventninger til pasient og pårørende som ikke kan imøtekommes av hjemmesykepleien (Molnes, 2014, s. 149). Dette førte til at pasient og pårørende ikke hadde tiltro til samspillet mellom spesialist-kommunehelsetjenesten (Molnes, 2014, s. 150).

4.3.2. utfordringer rundt samspillet mellom sykepleier og pasient/pårørende

Sykepleiere fra artikkel A (2014) forteller om vanskelige familiesituasjoner og boforhold hos pasienter med komplekse sykdomstilstander. De sitter med følelse av å stå alene under pleien av pasientene, uten mulighet for bistand fra andre støttespillere. Sykepleierne savner et godt tverrfaglig samarbeid, hovedsakelig under behandling av pasienter knyttet til rus og psykiatri (Wilson et al., 2014, s. 312). Sykepleiere fra artikkel C (2022) forteller også om hvordan språkbarrierer førte til kommunikasjonsutfordringer med enkelte pasienter og pårørende. I disse situasjonene hadde sykepleierne brukt tolk med god effekt (Gerber et al., 2022, s. 6).

4.4. Personlige holdninger som kan påvirke smertelindringen

4.4.1. Kulturelle og religiøse overbevisninger sin effekt på smertelindring

I artikkel C (2022) er personlige, kulturelle og religiøse holdninger viktige faktorer i hvilken smertelindring pasienten får tilbud om. Sykepleierne forteller om leger som var tilbakeholdne i utskrivelse av smertestillende midler. Årsaken som lå til grunn, var legens oppfattelse av hva døden var. I noen kulturer var det en selvfølge at døden skulle være smertefull, som førte til uenigheter angående smertelindringen pasienten skulle motta (Gerber et al., 2022, s. 5).

The doctor is from another culture, which complicated the matter. The medication that was prescribed was minimal... Finally, somebody got the courage to speak to the doctor and his response was: "I do not want to be the one who kills the resident "... It was awful... In some cultures, it's a case of 'Death is painful and of course there's going to be pain - the person is dying'. That's not really Western

culture [where we are] trying very hard for it to be what we call a good death, a peaceful passing. (Nurse 5, aged care) (Gerber et al., 2022, s. 5).

På den andre siden var det pasienter og pårørende som nektet å ta imot smertestillende medisiner på grunn av kulturelle og religiøse overbevisninger. I disse situasjonene fortalte sykepleier at de følte seg hjelpeløse da de ikke fikk mulighet til å lindre pasientens ubehag (Gerber et al., 2022, s. 5).

4.4.2. Sykepleiers holdninger til smertelindring

Artikkel B (2014) tar for seg viktigheten av holdningene til de som utøver smertelindringen. Sykepleierne som deltok i artikkelen, forteller at de synes vurderingen rundt administrering av smertelindrende er vanskelig. I tillegg er det store variasjoner mellom sykepleierne. Noen har sterke meninger om når smertelindring skal gis, mens andre ønsker å avvente. På denne måten oppleves store variasjoner i smertelindringen på bakgrunn av hvem som er på jobb (Molnes, 2014, s. 148). Dessuten forteller noen sykepleiere at de var redde for å gi for mye morfin og ble derfor tilbakeholdne i administreringen av medikamentet. Det er ulike meninger om hvordan vi som sykepleiere skal smertelindre på en optimal måte. Dersom dette førte til at pasienten ble sløv og lite kontaktbar, var det for noen sykepleiere helt greit, mens det for andre ikke var en grei måte å gjøre det på. Slike uenigheter kommer frem i artikkel B (2014) som grunnlag for konflikter innad i avdelingen (Molnes, 2014, s. 149).

4.4.3. Pasient og pårørendes holdninger til smertelindring

I Molnes sin artikkel om smertelindring står det: *“Det er pasientens opplevelse av smerte og hans tilbakemeldinger om behandlingen som er avgjørende for smertelindringen, og som er utgangspunktet, når man skal vurdere effekten av behandlingen”* (Molnes, 2014, s.154). Videre i artikkelen beskrives smerte som et subjektivt fenomen. Gjennom tidligere erfaringer, rutiner og observasjoner kan en lettest forebygge, identifisere og vurdere smerte og effekten av smertebehandlingen (Molnes, 2014, s. 154).

4.5. Sykepleier opplever mangel på støtte og ressurser i helsetjenesten

4.5.1. Høyt arbeidspress og lav bemanning som fører til tidsrestriksjoner

Sykepleierne i artikkel B (2014) beskriver en situasjon hvor arbeidsmengden og bemanningssituasjonen ikke samsvarer med hverandre. På grunn av tidsrestriksjonene må sykepleiere ta prioriteringer og kutte ned på oppdragene. Sykepleierne forteller at de ikke har mulighet til å observere kreftpasientene over tid, og kan derfor ikke ta nødvendige vurderinger angående pasientens behov for smertestillende. Videre forteller de om situasjoner hvor enkelte oppdrag må kanselleres grunnet mangel på sykepleier eller kompetanse (Molnes, 2014, s. 148).

Et lignende problemområde blir beskrevet i artikkel C (2022). Sykepleierne her beskriver også en arbeidsdag hvor arbeidsmengdene og motstridende ansvarsområder i praksis hindrer smertelindringen av pasienter. Dette blir fremhevet som et særlig problem innen eldreomsorgen. I artikkel C (2022) kommer det frem at det ikke bare er sykepleiere som er påvirket av tidsklemmen. Sykepleierne forteller at legene måtte delegere mer av oppgavene over til sykepleierne. Legene hadde mindre tid til fysiske tilsyn, og var mer avhengige av sykepleieres observasjoner (Gerber et al., 2022, s. 6).

Både i artikkel B (2014) og C (2022) forteller sykepleiere at administrering av opiater er ressurskrevende. Årsaken er at det kreves dobbeltkontroll. På bakgrunn av dette er det enkelte sykepleiere som ikke prioriterer smertelindring. Dette fører til suboptimal smertelindring (Gerber et al., 2022, s. 6).

5. DISKUSJON

Ved å bruke teori og egne erfaringer i sammenheng med resultatene, ønsker vi å skape en ny helhet i oppgaven. Vi ønsker å drøfte de vitenskapelige artiklens resultat opp mot oppgavens hensikt og anvendte teori.

5.1. Metodediskusjon

Ved å bruke litteraturbasert metode har vi tilegnet oss kunnskap ved å lese artikler og relevant litteratur om smertelindring av palliative kreftpasienter i hjemmet. I tillegg har vi sett på pårørende og deres oppfattelse av pleien som blir gitt. Kritisk kildevurdering har gitt oss god innsikt i dette temaet og videre lagt grunnlag for besvarelse av denne problemformuleringen. De tre artiklene vi valgte er fra ulike databaser og land. På denne måten får vi god mulighet til å belyse faktorer som spiller en rolle på tross av landegrensener. Vi ønsket å undersøke om barrierene det norske helsevesenet møter samsvarer med andre land.

To av artiklene vi har valgt er skrevet på engelsk, noe som kan medføre at vi ikke har fått med oss alle nyanser av innholdet etter analysen. På den andre siden har vi gruppe-medlemmer med gode engelskferdigheter. Dette bidrar til økt forståelse av innhold på tross av språkbarrieren. Den tredje artikkelen er skrevet på norsk, noe som derfor ikke gir den samme vitenskapelige rekkevidden som om den var skrevet på engelsk. Friberg sier at: *“Även om viss forskning publiceras på nordiska eller andra språk, så är det i den engelskspråkiga litteraturen vi hittar det mesta av det som kan vara intressant för oss”* (Friberg, 2012, s. 49).

Under vår søkeprosess viste det seg at vår problemformulering var tilstrekkelig tilpasset slik at vi fikk et gjennomførbart resultat. Vi gjorde en grundig jobb i forkant av søkeprosessen for å definere ønsket problemområde. Dette førte til funn av færre og relevante artikler. Vi fant mye forskning som omhandlet palliativ smertelindring, men lite var spesifisert innenfor hjemmebasert kreftomsorg. Vi ser i ettertid at vi kunne utforsket flere kombinasjoner av søkeord og benyttet oss av flere databaser, men på den annen side var vi svært fornøyd med resultatene vi først fikk. Det er begrenset kunnskap og erfaring med artikkelsøk i gruppen. Dessuten oppleves søkeprosessen som vanskelig og tidkrevende. Vi har kvalitetssikret artiklene ved hjelp av Fribergs metode om å granske studiets kvalitet (Friberg, 2017, s. 134-135).

Artikkel A (2014) er skrevet av fem forfattere med ulik utdanning. Utdanningen omhandler blant annet sykepleie, master i filosofi og doktorgrad. Variasjonen i utdanning kan bidra til en dypere forståelse av tema, samt ulike synspunkter av eventuelle funn. Denne artikkelen inkluderte 40 deltakere som arbeidet som sykepleiere i fire ulike distrikter i England. Som tidligere nevnt ønsket vi artikler som omhandlet vestlige land. Helsevesenet i Norge og England har flere likheter og vi ser derfor på artikkelen som relevant. Vi opplevde funnene i denne artikkelen som nyttig, men hovedfokuset var å avdekke sykepleieres erfaringer med å pleie pasienter innenfor en familiedynamikk. Vi ser derfor at artikkelen inngikk sjeldnere i diskusjonen enn de to andre artiklene.

Artikkel B (2014) er skrevet av Sven Inge Molnes som er førstelektor i kreftsykepleie og klinisk sykepleie. Denne artikkelen brukte en kvalitativ metode hvor 10 deltakere ble intervjuet individuelt. Denne artikkelen har færre deltakere enn de to andre artiklene. Dette kan gi redusert perspektiv av problemformuleringen. På den andre siden kan man gå mer i dybden av deltakerens opplevelser, og dermed få en dypere forståelse av fenomenet. Artikkelen inneholdt flere punkter som kunne knyttes opp mot barrierene for adekvat smertelindring.

Artikkel C (2022) er skrevet av syv forfattere fra Australia. Alle forfatterne har stillingsforhold hos ulike forskningsinstitutt. Noen av disse er Australian Centre for Health Law Research og Queensland University. Helsevesenet i Australia har også likheter med Norges helsevesen, samtidig som vi ser at de samme barrierene står til grunn for utilstrekkelig smertelindring. Artikkelen brukte en kvalitativ tilnærming, og det ble gjennomført gruppeintervjuer av 25 sykepleiere. Sammen med artikkel B (2014) var dette artikkelen som la grunnlaget for denne oppgaven.

5.2. Resultatdiskusjon

Hovedsakelig fokuserte vi på sykepleierens opplevelser, men vi har fått observasjoner av pasient og pårørende gjennom sykepleiers erfaringer. Ved hjelp av tre fagartikler kom vi frem til fire hovedtema som kan sette begrensninger for smertelindringen sykepleieren yter. Videre skal vi drøfte disse temaene ved hjelp av sykepleieteori, pensum og våre egne erfaringer fra klinisk praksis.

5.2.1. Manglende kunnskap og erfaring innen smertelindring

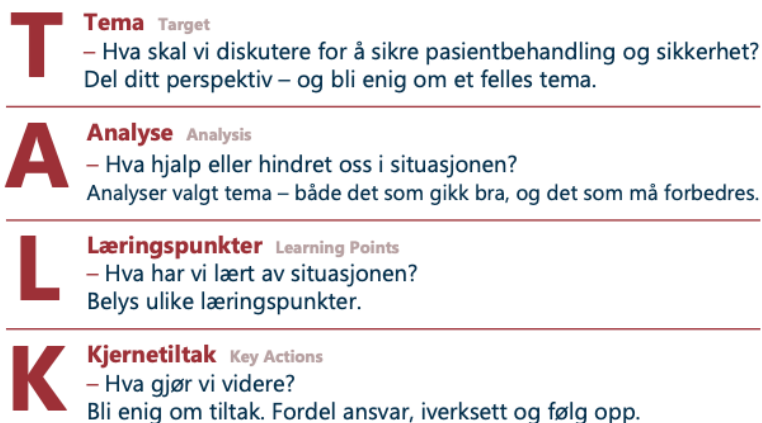
Et av temaene som gikk igjen i alle artiklene var mangel på kunnskap og erfaring. Sykepleierens yrkesutøvelse er regulert gjennom ulike lover og regler. En av disse er helsepersonelloven hvor det i §4 legges krav til faglig forsvarlig yrkesutøvelse samt krav til faglige kvalifikasjoner (Helsepersonelloven, 1999, §4). Også norsk sykepleierforbunds yrkesetiske retningslinjer fremhever den enkeltes ansvar til faglig oppdatering (Norsk Sykepleierforbund, 2019). På tross av dette er det et flertall sykepleiere som uttrykker mangel på kunnskap rundt smertelindring av palliative kreftpasienter. Sykepleierne fra artikkel C (2022) forteller blant annet om usikkerhet angående bivirkning av medikamentene. I tillegg er det noen som er tilbakeholdne med administrasjon av opioider grunnet risikoen for avhengighet. Dette mener vi fører til suboptimal smertelindring og lidelse hos pasientene.

Vi opplever denne pasientgruppen, samt deres fase i livet, som sårbar. Smerter er et symptom som kan føre til redusert livskvalitet og unødig engstelse i en allerede vanskelig tid (Danielsen, Berntzen & Almås, 2016, s.383). Tankegangen som kommer frem i artiklene om fare for avhengighet grunnet opiatbruk hos denne pasientgruppen, er noe vi ser på som uviktig, ettersom pasientene innen kort tid skal dø. På den andre siden forteller sykepleiere i artikkel B (2014) om bivirkninger som kan være ubehagelige for pasienten. I pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1 står det at pasienten har rett på medvirkning rundt egen behandling (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-1). I Helsedirektoratets nasjonale handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen beskrives viktigheten av forhåndssamtaler. Her kartlegges pasientens preferanser (Helsedirektoratet, 2019, s. 13). Vår oppfattelse er at slike samtaler kan være avgjørende for å sikre best mulig smertelindring for pasienten. I tillegg kan dette trygge sykepleier på at behandlingen som blir gitt er god.

Vår erfaring fra praksis er at manglende kunnskap og erfaring er et utbredt problem. Under vår utplassering i hjemmesykepleien opplevde vi utilstrekkelig smertelindring av palliative kreftpasienter. For eksempel var vi i kontakt med en pasient som fikk Targiniq fast. Det er et langtidsvirkende opioid som brukes ved sterke smerter (Felleskatalogen, 2021a). Pasienten opplevde god effekt av dette preparatet. I fare for avhengighet av opiater ønsket legen å trappe ned på dosen. Dette førte til økning av smerter og dermed økt behov for eventuell smertelindring i form av OxyNorm, som er et korttidsvirkende opioid (Felleskatalogen, 2021b). Doseringen av Targiniq ble endret flere ganger de neste ukene, noe som skapte stor

frustrasjon for pasienten. På bakgrunn av dette eksempelet ser vi at kunnskap angående smertelindring er viktig. Vi forstår legens synspunkt da overmedisinering og avhengighet er negativt under smertelindring, og at riktige doser er nødvendig. På den andre siden har sykepleierne som observerer pasienten mye viktig informasjon rundt symptomene og bivirkningene pasienten opplever. I dette tilfellet hadde pasienten opprinnelig lite smerter og opplevde ingen bivirkninger som var forstyrrende i hans hverdag. Vår oppfattelse er at endringene som ble gjort var unødvendige. Dette medførte lidelse som kunne vært unngått.

Under vårt arbeid rundt denne problemformuleringen har vi undersøkt ulike metoder for å sikre læringsutbytte fra tidligere pasientsituasjoner. Vi fant et verktøy kalt TALK. Målet med dette verktøyet er å øke pasientsikkerhet og effektiviteten i arbeidet, samt skape trygge læringssituasjoner (TALK, u.å.-a). Vår oppfattelse er at integreringen av et slikt verktøy kan bidra til gode læringssituasjoner uten behovet for å sette av mye tid til undervisning og planlegging. TALK består av 4 punkter (figur 1) som skal guide klinisk personell gjennom en debrief. Slike samtaler bør ikke overstige 10 minutter. Vår tanke er at slike samtaler enkelt kan gjennomføres i en travel hverdag.



Figur 1. «Modell over TALK som debrief verktøy», (u.å.-b) av TALK Foundation.

https://www.talkdebrief.org/files/ugd/e81a96_7b7c681fde764a88bca10faa18ff2c5e.pdf.

5.2.2. Sykepleier opplever barrierer innenfor kommunikasjon

Tverrfaglig samarbeid mellom ulike helseinstanser kom frem som et viktig punkt under behandlingen av palliative kreftpasienter i flere av artiklene. Sykepleierne i artikkel B (2014) opplevde stor variasjon under samarbeidet. Det kom frem at mange pasienter og pårørende får

feilinformasjon om hva hjemmesykepleien kan bistå med etter utskrivelse. I tillegg var det mangler i epikriser, medisinalister o.l. Sykepleierne må derfor etterspør en del informasjon, noe som førte til unødvendig ressursbruk. I tillegg blir behandlingen pasienten mottar redusert i denne perioden ettersom essensiell informasjon mangler.

Vår oppfattelse angående tverrfaglig samarbeid er at det er et nyttig verktøy så lenge det fungerer optimalt. Vi ser i artiklene at flere sykepleiere opplever manglende kommunikasjon på tvers av instanser. Våre erfaringer fra klinisk praksis er at kommunikasjonen kan bli noe redusert i en travel hverdag. Man ønsker å være løsningsorientert og hjelpe hverandre, men i situasjoner hvor man ikke har tid vil ikke dette bli prioritert. I tillegg til dårlig tid opplever vi at personlige egenskaper kan spille en rolle. Vi har opplevd stor variasjon i kvaliteten av samarbeidet basert på hvem vi kommuniserer med. Hvordan man velger å ordlegge seg, samt hvilket kroppsspråk man bruker, har stor effekt på vår opplevelse av støtte og trygghet under denne samhandlingen. Kan økte ressurser bedre det tverrfaglige samarbeidet?

I tillegg til god kommunikasjon med andre helseinstanser, arbeider sykepleier tett med pasient og pårørende. I artikkel C (2022) nevnes språkbarrierer som et hinder i tilstrekkelig kommunikasjon. I dagens samfunn er det flere innbyggere som ikke snakker norsk og vi har i praksis opplevd dette flere ganger. På bakgrunn av dette kan effekten av smertelindringen være vanskelig, men tolk omtales som et effektivt hjelpemiddel. Dessverre har man ikke tolk tilgjengelig til enhver tid. Vi ser derfor på viktigheten av et klinisk blikk hvor vi må ha kunnskap og erfaring til å vurdere smerter ved hjelp av non-verbale tegn. Under vår praksis har vi også hatt mulighet til å bruke tekniske hjelpemidler som Care to Translate. Dette er en app som er designet for å redusere språkbarrieren spesifikt innen helse- og omsorg (Care to Translate, u.å.). Dette har vi opplevd som positivt da det i større grad sikrer avdekking av effekt og eventuelle bivirkninger av smertelindringen.

5.2.3. Personlige holdninger som kan påvirke smertelindring

Funn fra artikkel C (2022) viser til helsepersonellens holdninger rundt smertelindring og behandling. Sykepleiere forteller om hendelser hvor leger ikke ønsket å ordinere smertestillende grunnet egne religiøse overbevisninger. Pasientene blir derfor underbehandlet og opplevde lidelse i form av smerter som kunne vært unngått. Sykepleieren blir stående imellom, ute av stand til å sette i gang tiltak. Vi stiller spørsmål til om dette er til pasientens beste, eller for å sikre sykepleiers personlige holdninger?

Vi ble overrasket over at egne religiøse overbevisninger og holdninger i så stor grad hadde innvirkning på pasientens tilbud om smertestillende. Gjennom praksis har vi erfart at leger med ulik religiøs bakgrunn gir mindre smertestillende enn hva som har vært nødvendig. Leger i artikkel C (2022) begrunner handlingene med at det skal kjønes å leve. Døden skal i deres øyne være smertefull, og lindring i denne fasen ble derfor ikke gjennomført tilstrekkelig. På den ene siden ser vi viktheten av en nøytral helsetjeneste, fri fra helsepersonellens personlige overbevisninger og holdninger til smertelindring. Samtidig er det viktig at helsepersonellet godtar pasientens religiøse overbevisninger og ønsker angående smertelindring.

Pasient- og brukerrettighetsloven beskriver at alle har rett på lik behandling og medvirkning i egen helsesituasjon (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §§1 - 5). Ifølge teori fra Klinisk sykepleie bind 1, skal ikke holdningene vi legger i behandlingen gå utover pasienten på en negativ måte (Danielsen et al., 2016, s. 382). På bakgrunn av dette ser vi på denne tankegangen som uetisk. Vår oppfattelse er at pasientens ønsker rundt smertelindringen bør opprettholdes i størst mulig grad uten restriksjoner grunnet helsepersonellens holdninger eller opplevelser av situasjonen. Det er pasientens opplevelse av smerte og hans tilbakemeldinger om behandlingen som er avgjørende for smertelindringen, og som er utgangspunktet, når man skal vurdere effekten av behandlingen. Dette kommer frem i artikkel B (2014).

Gjennom artikkel B (2014) forteller sykepleierne om vanskeligheten med å vite når man skal smertelindre, og med stor variasjon av sykepleiere og deres holdninger gir dette utslag i en utilstrekkelig smertelindring. Ut fra teorien ser vi at gjennom palliasjon skal man lindre pasientens symptomer. Da smerte er et av de vanligste symptomene hos kreftpasienter er det vesentlig at smertelindringen kommer i fokus (Kreftforeningen, u.å.). Derfor ser vi på det som en plikt vi som helsepersonell har å bruke vårt kliniske blikk i vurderingen av pasientens behov for smertelindring. Frykten for å gi for mye morfin diskuteres videre i artikkel B (2014), noe som vi i praksis opplever kan stamme fra for lite kunnskap og erfaring på området. Dette bunner videre ut i for lite tid til å sette seg inn i hver enkelt pasient og deres medisinske behov på bakgrunn av ressursmangel.

Pårørende kan komme med kommentarer og meninger rundt sykepleiernes smertelindring. Det oppstår en del meninger om hva som er best for pasienten. Smerte er ifølge teorien et subjektivt fenomen, noe som vi da mener kun pasientene selv kan definere (Danielsen et al.,

2016, 383). Hva som er rett smertelindring, er helt individuelt fra pasient til pasient. Vi har i vår praksis møtt en del fordommer ute blant pårørende, noe artiklene i oppgaven vår støtter opp om. Det er sårt for dem som er rammet, og de fleste ønsker bare den aller beste behandlingen, men mangler essensiell innsikt og forståelse for det totale bildet. Vi har ofte ønsket oss et eget team som kun reiste rundt til palliative kreftpasienter for å optimalisere tilbudet. Gjennom praksis har vi spurt flere leger og pårørende om tanker på akkurat dette, og det viser seg at de aller fleste er positive, men atter en gang er det økonomi og ressursmangel som stopper.

5.2.4. Sykepleier opplever mangel på ressurser og støtte i helsetjenesten

Etter analysen av artiklene kom det frem at manglende ressurser opplevdes som en stor barriere for god palliativ smertelindring. Lav bemanning og høy arbeidsmengde resulterte i dårligere oppfølging av pasientene, og dermed dårligere smertelindring.

Sykepleier har et ansvar i å vurdere hvordan pasientens smerter utarter seg, og om de har fått tilstrekkelig effekt av smertestillende (Danielsen et al., 2016, s. 388). Tidligere har vi tatt opp hvordan sykepleiere mangler nødvendig kompetanse til å ta disse vurderingene. Men vi har også avdekket hvordan sykepleiere ikke har mulighet til å gjøre disse vurderingene grunnet manglende tid med pasienten. Dette samsvarer med egne opplevelser i praksis, hvor sykepleiere har fulle lister, og lite mulighet til samtale med og observasjon av pasientene. I visse tilfeller kunne pasientene oppleves som en oppgave som måtte hukas av så effektivt som mulig, og ikke et individ med varierende behov og ubehag. Dette opplevdes ikke som dårlige holdninger fra sykepleierne, men heller en nødvendig adaptasjon grunnet høyt arbeidspress over tid. Dette bekreftes også i våre funn, hvor flere av de intervjuede sykepleierne, på tvers av artiklene, uttrykte fortvilelse over mangler i pasient oppfølgelsen.

Når sykepleierne i artikkel B (2014) må kansellere oppdrag grunnet manglende kompetanse eller bemanning, er dette i strid med krav om et forsvarlig og verdig helsetilbud som definert i §4-1 av helse- og omsorgstjenesteloven. Ifølge lovverket er kommunen pliktet til å sikre tilstrekkelig fagkompetanse innen helsetjenesten, samt gi den enkelte pasienten et verdig tilbud (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, §4). Hvis sykepleiere må kansellere med pasienter gjentatte ganger, kan pasienten oppleve seg som nedprioritert. Hvordan kan vi forvente at en person opplever en verdig behandling, dersom de blir kansellert?

Fra praksis har vi opplevd pasienter som sitter hjemme og venter hele dagen på at hjemmesykepleien skal komme innom. Dette er pasienter som allerede har fått livet satt på vent grunnet sykdom. Når hjemmesykepleien først kommer inn til pasienten, så har de heller ikke tid til en fullverdig samtale. Grunnet manglende ressurser så må de inn og ut raskest mulig. Samtidig kan uforutsette situasjoner alltid oppstå, særlig innen helse hvor vi jobber med svært syke mennesker med drastiske endringer i helsetilstand innen kort tid. Dette har vi selv erfart i praksis, og måttet om dirigere ressursene slik at de nødvendige tilsynene ble utført. Det er en selvfølge at pasienter som blir akutt syke, må prioriteres fremfor en samtale. Men basert på egne erfaringer, og erfaringene som kommer frem fra de analyserte artiklene, så kan en ikke bare skylde på uforutsette hendelser. Bemanningen er som oftest allerede tynnslett og sykepleierne har svært begrenset tid på faste oppdrag.

Det er ikke bare tidspress og bemanningsproblematikk som ble fremhevet som konsekvenser av ressursmangelen i helsetjenesten. Særlig deltakerne i artikkel B (2014) uttrykte hvordan de hadde et ønske om kompetanseheving, men dette kunne ikke innfris grunnet manglende ressurser innad i tjenesten. Konsekvensene av manglende kompetanse har vi allerede gjennomgått, så her vil vi kun diskutere hvorfor manglende ressurser er en bidragende årsak til manglende kompetanse.

Som nevnt tidligere har kommunen en plikt gjennom § 4 av helse- og omsorgstjenesteloven til å sikre fagkompetanse innen helsetjenesten. (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, §4). Norsk sykepleierforbunds yrkesetiske retningslinjer fremhever også lederens ansvar til å skape mulighet for fagutvikling (Norsk Sykepleierforbund, 2019). Sykepleierne i artikkel B (2014) og artikkel C (2022) opplever at de ikke har nok tid til å utføre sine arbeidsoppgaver og pasienttilsyn på en tilstrekkelig måte. Også i artikkel A (2014) fremhever sykepleiere hvordan tidspresset påvirker arbeidsdagen. De opplever at tid brukt på pårørende, går på bekostning av tid som burde blitt brukt med pasienten. Samtidig så fremhever helsedirektoratet viktigheten av å støtte og ivareta pårørende (Helsedirektoratet, 2019, s. 15).

Når sykepleierne allerede er under høyt tidspress, blir det vanskelig å sette av tid til kompetanseheving. Dette har vi selv erfart i praksisperioder. Det er alltid en annen oppgave som må prioriteres først, om det er dosetter, e-meldinger, tilsyn eller rapportskrivning. Dette er oppgaver som har en tidsfrist, og kompetanseheving blir derfor enkelt nedprioritert. Kortsiktig virker dette som den beste avgjørelsen. Langsiktig sitter du igjen med sykepleiere

som mangler kompetanse. De er usikre, engstelige, og har kanskje utdatert informasjon og holdninger. I artikkel B (2014) ser vi hvordan noen av sykepleierne slutter, og får seg nye jobber hvor fagutvikling og kompetanseheving blir prioritert. Tapet av kompetente sykepleiere til andre jobber er et stort problem for kommunehelsetjenestene som allerede opplever sykepleiermangel. Dette fører til nedsatt kompetanse på arbeidsplassen. Denne sykepleierflukten kan føre til dårligere bemanning, og økt tidspress. Dermed vil ressursmangelen og konsekvensene for pasientene vedvare.

6. AVSLUTNING

6.1. Konklusjon

Etter arbeidet med denne oppgaven har vi fått økt forståelse for viktigheten av god smertelindring, samt funnet flere årsaker til at dette kan bli vanskelig i praksis. Hensikten med oppgaven var å kartlegge hvilke barrierer som står til grunn for utilstrekkelig smertelindring av kreftpasienter i palliativ fase. Vi har funnet fire hovedpunkter som er viktige barrierer. Etter at vi har analysert disse punktene nærmere ser vi at ressurser spiller en viktig rolle i flere av dem. Å undersøke hvorfor denne ressurs- og bemanningsmangelen oppstod, var ikke hensikten ved vår oppgave. Derfor kan vi verken svare på eller diskutere årsakene til dette. Derimot så er det tydelige konsekvenser av manglende ressurser i dagens helsetjeneste og disse er en betydelig barriere innen smertelindring av palliative kreftpasienter i hjemmet.

Det første punktet vi så på var mangel på kunnskap og erfaring. Høyt arbeidspress og få ansatte førte til travle dager hvor kompetanseheving ikke ble prioritert. Økte ressurser kan bistå til å øke sykepleiernes kunnskap og erfaring med smertelindring av palliative kreftpasienter. I tillegg ser vi på muligheter for organisert undervisning på arbeidsplassen og økt bruk av TALK som et debrief verktøy.

Det andre punktet var kommunikasjon og samhandling med pårørende, samt andre helseinstanser. Vi ser at sykepleiere har travle arbeidsdager hvor pårørende tok mye tid fra pasienten. Dette førte til dårlig tid til behandling og vurdering av pasienten. Bedre tid kan bidra til styrket smertelindring. Dessuten kan bedre tid føre til bedre samhandling mellom helseinstanser da dette ikke lenger trenger å bli nedprioritert for andre viktige arbeidsoppgaver.

Det tredje punktet var holdninger og religiøse overbevisninger. Dette punktet har også sammenheng mellom ressurser i helsevesenet og er et viktig punkt for å styrke smertelindringen pasientene får tilbud om. Økt forståelse og selvinnsikt over egne holdninger kan derfor være aktuelt for å redusere denne barrieren.

Det siste punktet var mangel på ressurser og støtte i helsetjenesten. Vår oppfattelse er at dette punktet i stor grad setter grunnlaget for hvilken smertelindring pasientene kan få tilbud om fra

hjemmesykepleien. Vi mener at økte ressurser i stor grad kan styrke smertelindringen ved å motvirke en del av barrierene nevnt i denne oppgaven.

6.2. Implikasjoner for videre praksis

På bakgrunn av oppgaven har vi kommet frem til en rekke forbedringstiltak vi mener kan styrke smertelindringen palliative kreftpasienter som befinner seg i eget hjem kan få tilbud om. Våre anbefalinger er:

- Økt bemanning for å bedre arbeidskapasiteten.
- Helsepersonell bør reflektere over egne holdninger rundt smertelindring og etisk yrkesutøvelse.
- Ta initiativ til økt faglig miljø i form av organisert undervisningsprogram.
- Ta initiativ til å utføre TALK under ledig tid på arbeid.
- Helsepersonell bør i større grad sette seg inn i retningslinjer, lover og regler.
- I situasjoner med språkbarrierer, se muligheten til å bruke Care to Translate som et verktøy for å vurdere smerter, samt behandlingen.
- Sette opp egne kommunale team som reiser rundt til palliative kreftpasienter som kun har fokus på smertelindring.
- Flere kreftkoordinatorer.

LITTERATURLISTE

- Alvsvåg, H., Bergland, Å. & Førland, O. (Red.). (2013). *Nødvendige omveier: En vitenskapelig antologi til Kari Martinsens 70-årsdag* (1. utg.). Oslo: Cappelen Damm AS.
- Brinchmann, B. S. (Red.). (2021). *Etikk i sykepleien* (5. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Care to Translate. (u.å.). Tear down language barriers in health care. Hentet fra <https://caretotranslate.com/>
- Dalland, O., (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Oslo: Gyldendal Norske 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, bd. 1, s. 381-427). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Den norske legeforening. (2009). *Retningslinjer for smertelindring*. Hentet fra <https://www.legeforeningen.no/contentassets/6d9a7062741b4ef397e6868a31b88dc0/smertelindringshefte-retningslinjer.pdf>
- Felleskatalogen. (2021a, 28. september). Oxynorm. Hentet fra <https://www.felleskatalogen.no/medisin/oxynorm-mundipharma-562551>
- Felleskatalogen. (2021b, 07. mai). Targiniq. Hentet fra <https://www.felleskatalogen.no/medisin/targiniq-mundipharma-564421>
- Folkehelseinstituttet. (2022, 19. januar). Kreft i Norge. Hentet fra <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/kreft/>
- Friberg, Febe. (Red.). (2017). *Dags för uppsats* (3. utgave). Lund: Studentlitteratur AB.
- Gerber, K., Willmott, L., White, B., Yates, P., Mitchell, G., Currow, D. C. & Piper, D. (2022). Barriers to adequate pain and symptom relief at the end of life: A qualitative study capturing nurses' perspectives. *Collegian*, 29(1), 1-8. Hentet fra <https://doi.org/10.1016/j.colegn.2021.02.008>
- Helsedirektoratet. (2018, 18. september). Lindrende behandling i livets slutfase. Hentet fra https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/lindrende-behandling-i-livets-slutfase/innledning?fbclid=IwAR1190SdX4eJZ9e1OzCjHILRtQvKSC5O4bBxUCWwC9WBDYzGRGoz_7SejXk
- Helsedirektoratet. (2019). *Nasjonalt Handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen*. Hentet fra https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/palliasjon-i-kreftomsorgen-handlingsprogram/Palliasjon%20i%20kreftomsorgen%20-%20Nasjonalt%20handlingsprogram%20med%20retningslinjer.pdf/_attachment/inline/95636e37-ce73-4f2f-a61d-ee3f9e1ccada:fd30165370557eebcb60adcdb8473e4b786776b4/Palliasjon%20i%20kreftomsorgen%20-%20Nasjonalt%20handlingsprogram%20med%20retningslinjer.pdf

- Helse- og omsorgsdepartementet. (2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling - på rett sted - til rett tid.* (St. meld. nr. 47 (2008-2009)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009-/id567201/?ch=1>
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (LOV-2011-06-24-30). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>
- Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell m.v. (LOV-1999-07-02-64). Hentet fra <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64>
- Helsetilsynet. (2021, 3. juni). Gode rutiner for legemiddelhåndtering. Hentet fra <https://www.helsetilsynet.no/tilsyn/raad-til-arbeidsgiver-hvordan-avdekke-foelge-opp-svikt-helsepersonell/gode-rutiner-for-legemiddelhandtering/>
- Hernæs, N. (2020a). Hvordan vurdere smerte hos døende?. *Sykepleien*. Hentet fra <https://sykepleien.no/2020/04/hvordan-vurdere-smerte-hos-doende>
- Hernæs, N. (2020b). Smerte er definert på nytt. *Sykepleien*. Hentet fra <https://sykepleien.no/2020/08/smerte-er-definert-pa-nytt>
- Kirkens Bymisjon. (2016). *Når livet går mot slutten* [Brosjyre]. Oslo: Kirkens Bymisjon.
- Kreftforeningen. (2022, 5. april). Smerte. Hentet fra <https://kreftforeningen.no/rad-og-rettigheter/smerte/>
- Kreftforeningen. (u.å.). Kronisk og uhelbredelig kreft. Hentet fra <https://kreftforeningen.no/om-kreft/kronisk-og-uhelbredelig-kreft/>
- Kristoffersen, N. J. (2016). Sykepleie - kunnskapsgrunnlag og kompetanseutvikling. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende Sykepleie* (3. utg., bd. 1, s. 139-191). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kristoffersen, N. J. & Breievne, G. (2016). Lidelse, mening og håp. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende Sykepleie* (3. utg., bd. 3, s. 187-235). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- 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, bd. 2, s. 397-436). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Molnes, S. I. (2014). Sykepleieres erfaringer med smertelindring til hjemmeboende kreftpasienter. *Nordisk Sygeplejeforskning*, 4(2), 142-156. <https://doi-org.ezproxy.uis.no/10.18261/ISSN1892-2686-2014-02-06>
- Norsk Sykepleierforbund. (2019.). Yrkesetiske retningslinjer. Hentet fra <https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer>

Norsk Sykepleierforbund. (u.å.). Faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp. Hentet fra <https://www.nsf.no/sykepleiefaget/faglig-forsvarlighet-og-omsorgsfull-hjelp>

Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). Hentet fra <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>

TALK Foundation. (u.å.-a). Hentet fra <https://www.talkdebrief.org/talkhome>

TALK Foundation. (u.å.-b). Hentet fra https://www.talkdebrief.org/_files/ugd/e81a96_7b7c681fde764a88bca10faa18ff2c5e.pdf

Wilson, C., Griffiths, J., Ewing, G., Connolly, M. & Grande, G. (2014). A qualitative exploration of district nurses` care of patients with advanced cancer. *Wolters Kluwer Health / Lippincott Williams & Wilkins*, 37(4), 310-315. Hentet fra <https://oce-ovid-com.ezproxy.uis.no/article/00002820-201407000-00009/HTML>

VEDLEGG 1. SØKELOGG

Tabell 1. Søkelogg artikkel A (2014)

Søkedato	Database	Søkeord og-ordkombinasjoner	Avgrensninger	Antall treff	Leste abstrakt	Leste artikler	Antall valgte artikler
17/4	Cinahl	Pain management AND cancer AND palliative care		134	5	0	0
17/4	Cinahl	Pain management AND cancer AND palliative care AND nurses AND homecare	Utgivelse: Etter 2014	63	2	0	0
17/4	Cinahl	Pain management AND cancer AND palliative care	Utgivelse: Etter 2022 Geografi: Europa	11	2	2	1

Tabell 2. Søkelogg artikkel B (2014)

Søkedato	Database	Søkeord og-ordkombinasjoner	Avgrensninger	Antall treff	Leste abstrakt	Leste artikler	Antall valgte artikler
19/4	Idunn	Smertelindring AND kreft	Utgivelse: Etter 2012	14	3	3	0
'19/4	Idunn	Smertelindring AND kreft AND sykepleier	Utgivelse: etter 2012 Type artikkel: Forskningsartikkel	9	2	2	1

Tabell 3. Søkelogg artikkel C (2022)

Søkedato	Database	Søkeord og-ordkombinasjoner	Avgrensninger	Antall treff	Leste abstrakt	Leste artikler	Antall valgte artikler
21/4	Science Direct	Pain management AND cancer AND palliative care		1 397	6	2	1
21/4	Science Direct	Pain management AND cancer AND palliative care	Utgivelse: Etter 2022	82	3	1	0
21/4	Science Direct	Pain management AND cancer AND palliative care	Utgivelse: Etter 2022 Type artikkel: Forskningsartikkel	31	2	2	0

VEDLEGG 2. LITTERATURMATRISE

Forfatter(e) Årstall Tidsskrift Land	Artikkel- tittel	Hensikten med studien	Perspektiv (sykepleier/ pasient/ pårørende)	Metode og analyse	Utvalg/ populasjon	Hovedfunn/ resultater
Molnes, S.I. (2014). Nordisk sygeplejeforskning. Norge	Sykepleieres erfaringer med smertelindring til hjemmeboende kreftpasienter	Hensikten med studien var å belyse hvordan sykepleiere i hjemmesykepleien opplevde kompetansen om smertelindring.	Sykepleiers perspektiv.	Artikkelen tok for seg en kvalitativ metode basert på en beskrivende undersøkelse. Thagaards (2002) metode for innholdsanalyse ble benyttet. Resultatet ble delt inn i kategorier.	Data ble innhentet gjennom individuelle intervju av 10 sykepleiere fra 3 ulike distrikter i Midt- Norge. Alle deltakerne hadde jobbet i hjemmesykepleien i min. 1 år.	Resultatene ble delt inn i tre hovedkategorier. Den første kategorien var sykepleierens opplevelse av faglig oppdatering, her inngår mulighet for kurs, selvstudier m.m. Den andre kategorien er sykepleierens opplevelse av hjemmesykepleien. Her omtales ressurser, arbeidsoppgaver og

						bemannings. Til slutt beskrives sykepleierens opplevelse av omgivelsene. I denne kategorien blir tverrfaglig samarbeid og kommunikasjon dratt frem.
Wilson, C., Griffiths, J., Ewing, G., Conolly, M. & Grande, G. (2014). Wolters Kluwer Health. England	A Qualitative Exploration of District Nurses' Care of Patients With Advanced Cancer	Hensikten med studien er å undersøke sykepleiers erfaringer med å yte helsehjelp i en familie.	Sykepleiers perspektiv (Observasjon av pasient/pårørendes opplevelser gjennom sykepleier).	Artikkelen brukte en kvalitativ metode. Intervjuer ble gjennomført i fokusgrupper. Avskrift av intervjuene ble analysert ved hjelp av en tematisk analysemetode.	Deltakerne var 40 sykepleiere fra fire ulike områder i nordvestlige England.	Artikkelen kommer frem til to hovedtema sykepleiere drar frem i beskrivelse av erfaringer under utøvelse av helsehjelp. Det første er husstandens volatilitet. Her kommer det frem at sykepleiere føler seg alene i vanskelige og kompliserte familiesituasjoner. Den andre er familiedynamikken. Her har sykepleiere opplevd at familien holder tilbake viktig

						informasjon overfor pasient, samt fornektelse av helsesituasjon.
<p>Gerber, K., Willmott, L., White, B., Yates, P., Mitchell, G., Currow, D. C. & Piper, D. (2022).</p> <p>Australian College of Nursing Ltd.</p> <p>Australia</p>	<p>Barriers to adequate pain and symptom relief at the end of life: A qualitative study capturing nurses' perspectives</p>	<p>Hensikten med artikkelen er å belyse barrierer sykepleiere står overfor under smertelindring av pasienten i livets slutfase.</p>	<p>Sykepleiers perspektiv.</p>	<p>Artikkelen tar for seg en kvalitativ metode ved hjelp av semistrukturerte intervjuer.</p>	<p>Det ble gjennomført intervjuer av 25 sykepleiere og annet helsepersonell som har klinisk erfaring med behandling av palliative pasienter.</p>	<p>Resultatene ble plassert i fem hovedkategorier. Disse kategoriene er usikkerhet rundt symptomlindring, mangel på kunnskap, personlige holdninger og religiøs overbevisning, mangel på kommunikasjon og helseinstitusjonens barrierer.</p>