

BSYBAC Bacheloroppgave i Sykepleie



**Universitetet
i Stavanger**

**Det helsevitenskapelige fakultet
Bachelor i Sykepleie**

Stavanger, 03.01.23

Kandidatnummer: 1528 & 1698

Smertelindring til hjemmeboende kreftpasienter i palliativ fase

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

Sammendrag

Bakgrunn: Kreft rammer mange mennesker hvert år og over 50% av de som er rammet, har behandlingskrevende smerter. Smerte er et av det mest fryktede symptomene og sykepleiere har en viktig funksjon innen smertelindring hos kreftpasienter.

Hensikt: Hensikten med denne oppgaven er å undersøke hvilke faktorer som påvirker sykepleiers mulighet for å gi god smertelindring til hjemmeboende kreftpasienter i palliativ fase.

Metode: Vi har gjort en integrativ litteraturbasert oppgave hvor vi har analysert fire kvalitative og en kvantitativ studie etter analysemodellen til Lyckhage (2012). Relevant teori, egne refleksjoner og resultater fra artiklene danner grunnlaget for besvarelsen.

Resultat: Resultatene viser at det er mye som påvirker muligheten sykepleierne i hjemmetjenesten har for å kunne gi best mulig smertelindring. Faktorer som viser seg å påvirke smertelindring hos hjemmeboende palliative kreftpasienter er kompetanse, tverrprofesjonell samhandling, relasjonen mellom sykepleier og pasient og kartlegging av smerte.

Nøkkelord: Sykepleie, kreft, smertelindring, smerte, kartleggingsverktøy, tverrprofesjonell samhandling, kompetanse, faglig forsvarlighet, relasjon.

Innhold

1.0 INNLEDNING	5
1.1 Bakgrunn for valg av tema.....	5
1.2 Problemformulering.....	5
1.3 Hensikt.....	5
2.0 TEORIKAPITTEL	6
2.1 Kreft.....	6
2.1.1 Palliativ behandling og omsorg.....	6
2.2 Kreftsmerte.....	7
2.2.2 Smertebehandling.....	8
2.2.3 Kartlegging av smerte.....	9
2.3 Hjemmesykepleie.....	10
2.4 Sykepleieteoretiker Joyce Travelbee.....	10
2.4.1 Menneske-til-menneske-forhold.....	10
2.5 Kommunikasjon.....	11
3.0 METODE	12
3.1 Hva er metode?.....	12
3.2 Valg av metode.....	12
3.3 Litteratursøk.....	13
3.3.1 Valg av søkestrategi.....	13
3.3.2 Valg av databaser.....	14
3.3.3 Valg av søkeord.....	14
3.3.4 Valg av artikler.....	15
3.4 Analyse.....	15
4.0 RESULTATER	16
4.1 Kompetanse og faglig forsvarlighet.....	16
4.2 Lite fokus på kartlegging av smerte.....	17
4.2.1 Barrierer for smertelindring.....	18
4.3 Tverrprofesjonell samhandling er viktig for å kvalitetssikre palliativ omsorg.....	18
4.4 Fokus på relasjonsbygging mellom sykepleier og pasient.....	19
5.0 DISKUSJON	20
5.1 Metodediskusjon.....	20
5.2 Resultatdiskusjon.....	22
5.2.1 God kompetanse og faglig forsvarlighet i møte med palliative kreftpasienter.....	22
5.2.2 Kartlegging av smerte og smertelindring.....	23
5.2.3 Tverrfaglig samhandling er nødvendig for palliasjon i hjemmet.....	25
5.2.4 Relasjonens betydning i møte med palliative pasienter.....	26
6.0 AVSLUTNING	27
LITTERATURLISTE	28
Vedlegg	31

[Kandidatnummer: 1528 & 1698]

<i>Vedlegg 1: Søkelogg</i>	31
<i>Vedlegg 2 Litteraturmatrise</i>	32
<i>Vedlegg 3 – ESAS</i>	35

Antall ord: 7981

1.0 INNLEDNING

1.1 Bakgrunn for valg av tema

I 2021 fikk nærmere 37 000 mennesker en form for kreft i Norge (Kreftregisteret, 2022). Smerter er et av de mest fryktede symptomene hos kreftpasienter og omtrent 70-80% av pasientene med langtkommen kreftsykdom har behandlingskrevende smerter (Lorentsen & Grov, 2017). Som sykepleier har man en viktig funksjon innen smertebehandling samt ansvarlig for å lindre smerte hos pasienter i samråd med lege. Tidligere forskning viser at sykepleiere har manglende kunnskap og ferdigheter rundt smertekartlegging og administrering av smertebehandling (Danielsen, Berntzen & Almås, 2017). På bakgrunn av vår interesse for kreft og smertelindring ønsker vi å undersøke hvilke muligheter sykepleierne har innen smertelindring i hjemmesykepleien.

1.2 Problemformulering

Etter samhandlingsreformen kom i 2012 har det ført til at pasienter blir skrevet raskere ut fra sykehusene enn tidligere. Dette har ført til at hjemmesykepleien har fått andre funksjoner og oppgaver og mer ansvar for pasientene enn tidligere (Næss, 2020). Reformen legger stor vekt på samspill mellom helsetjenesten og tverrfaglig samarbeid mellom helsepersonell (Mathisen, 2017). Gjennom egne erfaringer i praksis har vi sett at flere kreftpasienter har et sterkt ønske om å få tilstrekkelig smertelindring i hjemmet for å unngå innleggelse på sykehus. I denne oppgaven har vi valgt å fokusere på kreftpasienter som mottar lindrende behandling i hjemmet. Vi har i praksis sett at det er mange faktorer som påvirker smertebehandling hos palliative kreftpasienter i hjemmet. Vi ønsket derfor å undersøke hvilke faktorer sykepleiere opplever som påvirker muligheten for å kunne gi god smertelindring. Oppgaven har hovedfokus på sykepleiernes perspektiv, men pasientperspektivet er med på å undersøke hva som kan påvirke smertelindringen fra pasientens side.

1.3 Hensikt

Hensikten med denne oppgaven er å undersøke hvilke faktorer som påvirker sykepleiers mulighet for å gi god smertelindring til hjemmeboende kreftpasienter i palliativ fase.

2.0 TEORIKAPITTEL

2.1 Kreft

Kreft er et samleavn på alle typer kreftformer og betegnes som keiseren over alle sykdommer (NHI, 2021; Lorentsen & Grov, 2017). Kreft betegnes som godartede (benigne) eller ondartede (maligne) tumorer (Bertelsen et al., 2016). Kreft er den sykdommen som er fryktet av mange, da det er forbundet med mange tanker om smerter og død (Lorentsen & Grov, 2017). Det finnes rundt 200 ulike kreftformer som har mange fellestrekk, samtidig som det er mye som skiller dem fra hverandre. Med dette vil derfor behandlingen, sykdomsforløpet og overlevelsen variere (kreftforeningen, 2022).

Menneskekroppen består av milliarder av celler og de fleste cellene formerer seg ved deling. Når det oppstår skader, cellene deler seg ukontrollerte og ikke utfører de oppgavene som friske celler ville gjort, oppstår det kreft. Når disse cellene fortsetter å dele seg ukontrollert vil det oppstå en opphopning av kreftceller i organet det startet å vokse ukontrollert (Lorentsen & Grov, 2017). Kreft utvikler seg forskjellig ut ifra hvilken krefttype man har og symptomer på kreft vil variere ut ifra hvilken type kreft det er, hvor den oppstod og om den eventuelt har spredt seg. Symptomene er ofte beskjedne i starten og blir verre over tid. Noen symptomer kan være hoste, blødning, smerter, hovne lymfeknuter m.m. (Bertelsen et al., 2016).

2.1.1 Palliativ behandling og omsorg

Palliativ behandling og omsorg har som hensikt å bedre livskvaliteten til pasienter og pårørende i møte med en livstruende sykdom gjennom lindring og forebygging. Dette innebærer grundig kartlegging, tidlig identifisering, behandling og vurdering av smerter og andre problemer av psykososial, åndelig og fysisk art (Mathisen, 2017, s. 412). Det finnes flere typer behandling for pasienter med kreft som varierer ut ifra hvilken krefttype man har og hvor den er lokalisert. Behandlingen kan være enten kurativ eller palliativ og vanlige behandlingsformer er cytostatikabehandling, strålebehandling og kirurgi, som kan brukes i kombinasjonsbehandling eller hver for seg (Lorentsen & Grov, 2017). Når pasientene ikke lenger har nytte av helbredende behandling, endres behandlingens mål og sykepleien mot symptomlindring, livsforlengelse og fremme livskvalitet. Inkurabel sykdom kan holdes i sjakk i lang tid med målrettet, livsforlengende behandlingstilbud (Lorentsen & Grov, 2017).

Palliativ pleie og behandling kan skje på spesialinstitusjoner, sykehjem og i hjemmet. For pasienter i palliativ fase er målet at de skal slippe å bli innlagt på sykehuset for å få tilstrekkelig smertelindring, samt få behandling så nær hjemmet som mulig. For at pasienten skal ha det best mulig er det nødvendig med samarbeid mellom profesjonene og de ulike nivåene i helsevesenet (Mathisen, 2017). For å sikre kvalitet i omsorg, pleie og behandling er kontinuitet nødvendig. Det kan være nødvendig med faste sykepleiere for å kunne sjå endring i personens tilstand over tid og for å skape tillit (Grov, 2020, s. 548).

2.2 Kreftsmerte

Ifølge International Association for the Pain (IASP) er smerte en subjektiv opplevelse (Danielsen et al., 2017, s. 383). Kreftsmerte er en av de vanligste symptomene ved kreftsykdom og den plagen de frykter mest (Lorentsen & Grov, 2017). Over 50% av de som har kreft opplever smerter. Kreftsmerte er en personlig opplevelse og kun deg selv som kan beskrive hvordan det oppleves. Man kan ha samme type smerter som andre, men opplevelsen av smerten er forskjellig. Kreftsmerte er komplekst og sammensatt av forskjellige faktorer (Kreftforeningen, 2022). Det kan være enkeltmerter, men ofte er det flere typer smerter samtidig som krever forskjellig behandling eller kombinasjonsbehandling. (Lorentsen & Grov, 2017).

Pasienter med kreft kan oppleve kroniske og akutte smerter samtidig, ofte kan de ha kroniske smerter, med akutte episoder. Akutte smerter fungerer som et varselsignal om at noe er galt og er smerter som forsvinner når man behandler årsaken (Lorentsen & Grov, 2017). Kroniske smerter er smerter som oftest oppstår daglig og er langvarige (Danielsen et al., 2017).

Kreftsmerte påvirkes av både fysiske, psykiske og sosiale faktorer. Man kan ha kroniske og akutte smerter relatert til selve kreftsykdommen, samtidig som man kan ha smerter relatert til andre plager som trykksår, obstipasjon og det som kommer psykisk og sosialt (Lorentsen & Grov, 2017).

Smertene kan være vanskelig å skille da de ofte forsterker og virker inn på hverandre. Fysiske smerter er smerter man kan kjenne et sted i kroppen, som for eksempel smerter i skjelettet, huden eller indre organer. Psykisk smerte kan være en reaksjon på alvorlig sykdom (Kreftforeningen, 2022). Sterkt emosjonelt stress kan også gi reelle smerter og er en normal

psykisk reaksjon ved kreftsykdom, der man kan føle på uforutsigbarhet og mangel på kontroll (Lorentsen & Grov, 2017). Det kan være vanskelig å forholde seg til venner, familie, og jobb noe som kan gi ekstra bekymring da det kan gå utover det sosiale og inntekt (Kreftforeningen, 2022). Dette kalles sosial smerte og det beskriver pasientens forhold til omverden i en vanskelig livskrise (Lorentsen & Grov, 2017)

2.2.2 Smertebehandling

Både medikamentbehandling og ikke-medikamentell behandling er viktig for god smertelindring av kreftpasienter. I de fleste situasjoner vil det beste valget være en kombinasjon av medikamentell og ikke-medikamentell tilnærming (Sandvik & Rustøen, 2020). Medikamentell smertelindring er legemidler man tar i bruk som demper opplevelsen av smerte, og man bruker ofte opioider for å lindre den fysiske smerten (Opdahl, 2020; Kreftforeningen, 2022). Det finnes både langtidsvirkende og korttidsvirkende opioider som for eksempel morfin, og andre morfinlignende opioider. Ved bruk av opioider er det vanlig å oppleve bivirkninger. Noen av bivirkningene kan være forstoppelse, kvalme og oppkast, svimmelhet m.m. Om man ikke oppnår å gi god nok smertelindring, kan det gi flere tilleggsplager som angst, kvalme, søvnproblemer. Dette må evalueres underveis for å oppnå best mulig medikamentell smertelindring (Kreftforeningen, 2022)

Ikke-medikamentell smertelindring er smertelindring uten bruk av medikament, og noe som alltid er en del av behandlingen (Helsedirektoratet, 2017). I mange tilfeller kan smerter lindres uten bruk av legemidler. Dette er godt dokumentert og i omfattende bruk (Danielsen et al., 2017). Når smertehåndtering iverksettes, er det viktig at sykepleierne vurderer tiltak som er tilpasset den enkelte personen og situasjon (Sandvik & Rustøen, 2020). Smerte er både psykisk og fysisk på en gang, og pedagogiske og støttende tiltak kan bidra med å få kontroll over smertene. Psykologisk tilnærming kan man kombinere med annen smertebehandling og det kan bidra til å fjerne eller endre pasientens reaksjon på smerte. Noen alternativ på ikke-medikamentell behandling kan være akupunktur, massasje, psykoterapi, healing, m.m. som er med på å gi god smertelindring til personer med kroniske smerter. Kognitiv og atferds terapeutiske tilnærming, er ulike former for psykoterapi som kan hjelpe med kroniske smerte. Samtidig som de psykologiske tilnærminger hjelper med kronisk smerte, lykkes det sjeldent

alene på de somatiske plagene. Derfor må psykoterapeutisk eller psykologisk behandling foregå i samarbeid med somatisk behandling (Danielsen et al., 2017, s. 412).

2.2.3 Kartlegging av smerte

Som sykepleier har man et viktig ansvar om å observere og kartlegge smerte, slik at kreftpasienter oppnår best mulig smertelindring. Sykepleieren kan gjennom samtale og observasjon få et inntrykk av smertene til pasienten og muligens evaluere behandlingen (Lorentsen & Grov, 2017). Siden smerte er en subjektiv opplevelse og kan være uten målbare tegn, kan det oppstå at sykepleierne starter å tvile på pasienten og dens smerter. Sykepleiere er nødt til å akseptere at det er pasienten som har autoriteten (Danielsen et al, 2017). Det er viktig at pasienten får delta i vurderingen og planleggingen om hvilke metoder for smertelindring som tas i bruk. Det er pasienten selv som har best kunnskap om egen smerte, og man må derfor ta pasientens ønsker og meninger på alvor. Dersom pasienten opplever tillit, respekt og trygghet fra sykepleier og lege, vil dette være med på å bedre smertelindringen som gis (Danielsen et al, 2017).

Når man skal kartlegge smerter hos kreftpasienter er det vanlig å bruke ESAS-skjemaet, VAS-skalaen og kroppskart, men i denne oppgaven fokuserer vi på ESAS-skjemaet da det er det skjemaet vi tar for oss senere i oppgaven. ESAS-skjemaet (Edmonton Symptom Assessment System) er i Norge en kvalitetsindikator for palliativ behandling og brukt som et standard verktøy for å registrere symptomer hos palliative pasienter (Lorentsen & Grov, 2017). Det er i hovedsak pasienten som fyller ut skjemaet selv, eventuelt med hjelp fra helsepersonell (NHI, 2021). Skjemaet har bare et spørsmål som berører smerte, men siden de andre symptomene (Se vedlegg 3) som man spør om ofte opptrer samtidig og er med på å forsterke smerteopplevelsen er det hensiktsmessig å bruke ESAS-skjemaet ved smertekartlegging. Skjemaet har en skala fra 0 «ingen plage» til 10 «verst tenkelig plage». Det er raskt, enkelt å bruke, samtidig som de gir sykepleierne et godt inntrykk av hvordan pasientene har det (Lorentsen & Grov, 2017).

2.3 Hjemmesykepleie

«Hjemmesykepleie er et tilbud om helsehjelp til hjemmeboende når sykdom, svekket alder, alderdom eller livssituasjon gjør at de trenger hjelp i kortere eller lengre tid» (Fjørtoft, 2016, s. 17). Hjemmesykepleien har som mål å hjelpe hver enkelt til å mestre hverdagen i sitt eget hjem, og legge til rette for at hver enkelt skal kunne bo hjemme så lenge som det er ønskelig og forsvarlig (Fjørtoft, 2016).

I følge Helse- og omsorgstjenesteloven skal helse og omsorgstjenestene som ytes være forsvarlige, og kommunen må tilrettelegge tjenestene slik at pasienten får et helhetlig og verdig tjenestetilbud, samt at helsepersonell som utfører tjenesten overholder sine lovpålagte plikter og har tilstrekkelig fagkompetanse (helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, §4-1). Kompetanse hos personalet blir sett på som den viktigste ressursen i hjemmesykepleien for at pasientene skal få dekket sine behov, og få en forsvarlig oppfølging (Fjørtoft, 2016). Tidspress i hjemmesykepleien og lite oppmerksomhet på hva pasienten har behov for vil kunne resultere i at den faglige kvaliteten ikke ivaretas.

2.4 Sykepleieteoretiker Joyce Travelbee

I denne delen av teorikapittel vil Joyce Travelbee's sykepleietenkning bli presentert. Vi har valgt å bruke Joyce Travelbee sin tenkning om sykepleie som legger vekt på den mellommenneskelige prosessen, hvor den profesjonelle sykepleieren hjelper hvert menneske til å mestre sine erfaringer med sykdom og lidelse. Teorien fokuserer på utviklingen og betydningen av relasjonen mellom sykepleier og pasient (Travelbee, 1999, s. 21). Vi tenker Travelbee's sykepleietenkning som relevant i vår oppgave, fordi vårt tema dreier seg om sykepleierens arbeid med å lindre smerte hos palliative pasienter.

2.4.1 Menneske-til-menneske-forhold

I følge Travelbee (1999) har den profesjonelle sykepleieren som oppgave å etablere et menneske-til-menneske-forhold. Hun mener at dette forholdet er et virkemiddel som gjør det mulig å oppfylle sykepleierens hensikt og mål, altså å hjelpe hvert individ med å forebygge eller mestre lidelse og sykdom, samt finne mening med disse erfaringene. Menneske-til-

menneske-forhold er en gjensidig prosess som vil bygges opp dag for dag i møte med den syke. Det er nødvendig at sykepleieren og pasienten har gått gjennom fire sammenhengene faser: det innledende møte, fremvekst av identiteter, empati og sympati, og medfølelse for at dette forholdet skal etableres.

Det dreier seg om å gå i fra ett førsteinntrykk hvor sykepleier og pasient observerer og gjør seg opp mening om vedkommende. I det innledende møte ser pasient og sykepleier i liten grad på hverandre som unike mennesker. Videre i prosessen vil det oppstå fremvekst av identiteter, som karakteriseres med evnen til å verdsette andre som et unikt individ, samtidig med evnen til å etablere tilknytning til andre. I denne fasen vil sykepleier og pasient begynne å se på hverandre som unike individer å mindre kategorier. Empatifasen er neste steg og handler om empati som er en erfaring som finner sted mellom individer. Det er altså evnen man har til å leve seg inn i, eller forså den andres psykiske tilstand. Empati er en viktig del for å kunne etablere et menneske-til-menneske-forhold, ikke tilstrekkelig alene, men et viktig skritt i prosessen (Travelbee, 1999, s. 171-200)

Det siste steget i prosessen handler om sympati og medfølelse og Travelbee beskriver dette som ett skritt videre i prosessen hvor det ligger til grunn et ønske om å lindre plager. Sympati og medfølelse er ifølge Travelbee (1999) godhet, varme, kortvarig form for medlidenhet og evne til omsorg på et følelsesmessig nivå. Når sykepleier og pasient har gått gjennom de nevnte fasene, vil de få en gjensidig forståelse og kontakt.

2.5 Kommunikasjon

Kreftpasienter er i en stressende og sårbar situasjon, hvor tilstrekkelig medisinsk behandling er en forutsetning. Samtidig vil en god relasjon mellom sykepleier og pasient ha betydning for pasientens liv. Sykepleieren må ha gode kommunikasjons ferdigheter for å klare å være til stede hos pasienten (Lorentsen og Grov, 2017). En viktig oppgave som hjelper, er å skape en arbeidsallianse mellom hjelper og pasient til å samarbeide mot felles mål. For å skape tillit og trygghet, må pasientene kunne stole på at rutiner blir fulgt, at avtaler holdes og at man får den hjelpen og støtten de har krav på (Eide & Eide, 2010, s. 45-46). Opparbeidelse av tillit er nødvendig for at den andre parten skal kunne våge å åpne seg og stole på hjelperen (Eide & Eide, 2010).

Profesjonelle feil og mangler vil kunne oppstå dersom kommunikasjonen opplevelses mangelfull (Eide & Eide, 2010). Kommunikasjonen kan ifølge Travelbee svikte dersom budskapet ikke blir mottatt eller dersom budskapet misforståes (Travelbee, 1999). Det å formidle informasjon er en sentral oppgave for hjelperen. Informasjonen man gir bør være fullstendig som mulig, men uten at det blir så mye informasjon at pasienten ikke klarer å huske den. I noen tilfeller vil pasienten ha behov for informasjon og kunnskap om en rekke ulike faktorer som bivirkninger av medisiner, psykiske reaksjoner og praktiske forhold. Når man formidler informasjon til pasienten er det viktig å gi den på en forståelig måte, uten for mye avanserte ord og uttrykk (Eide og Eide, 2010).

3.0 METODE

3.1 Hva er metode?

Som beskrevet i Dalland (2014, s.111-115) blir metode forklart som en fremgangsmåte for å komme frem til ny kunnskap og løse problemer. Det handler også om å etterprøve kunnskapen man har tilegnet seg. Metoden setter grunnlaget for møte med noe vi ønsker å undersøke, og hjelper med å innhente den riktige informasjonen som man trenger til undersøkelsen. Man velger metode ut fra hva man vil undersøke, og det er hovedsakelig kvalitativt, kvantitativt eller en kombinasjon av de som benyttes i en empirisk studie.

Kvantitativ metode gir data i form av målbare enheter som tall eller andre mengdetermer. Det er en gunstig metode for å få en bred forståelse av et område og forskeren ser fenomenet utenfra. Kvalitativ metode går mer i dybden og uttrykkes vanligvis i form av tekst. Metoden fanger opp meninger og opplevelse som ikke lar seg tallfeste eller måle. Begge metodene gir en forståelse av det samfunnet vi lever i og opplevelsen av hvordan grupper, institusjoner og enkeltmennesker samhandler og handler (Dalland, 2014)

3.2 Valg av metode

Litteraturoversikt handler om å skape oversikt over forskningsbasert kunnskap innen et sykepleierrelatert området (Friberg, 2012, s. 133). Vi har valgt å skrive en integrativ litteraturbasert oppgave, som er en metode som bruker kvalitativ og kvantitativ forskning for

å skape oversikt over et valgt tema på bakgrunn av sammenfattet data (Friberg, 2012).

Datasamlingen i denne oppgaven vil bestå av allerede publisert forskning om temaet, og vi vil bruke Lyckhages metode for å analysere artiklene.

3.3 Litteratursøk

3.3.1 Valg av søkestrategi

Når vi skulle finne relevante artikler, valgte vi å bruke strukturert litteratursøking som søkestrategi. Det er viktig å eksperimentere med søkene for å oppnå et bra sluttresultat. Vi valgte derfor å eksperimentere med søk i starten, slik at vi kunne bruke de mislykkede søkene som en erfaring (Östlundh, 2012). Vi brukte inklusjon- og eksklusjonskriterier for å begrense søket, slik at vi fikk litteratur som var relevant for vår problemformulering. Kriteriene vi valgte å sette søkelys på var tid, nivå og geografi (Dalland & Trygstad, 2014). Vi ønsket å finne artikler med nyere forskning og forskning som var blitt gjort i et helsevesen som lignet det norske. Vi bestemte oss for å fokusere på kreftpasienter i palliativ fase, og begrenset søket med å ekskludere pasienter som var under behandling for kreftdiagnosen. Vi ønsket også hjemmeboende kreftpasienter, da vi ville se på hva som påvirker sykepleiere i hjemmetjenestens mulighet for å lindre smerte hos palliative pasienter i hjemmet. Vi brukte kriterier som vist i tabell 1 for å avgrense søket.

Tabell 1

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
<ul style="list-style-type: none">• Fagfelleverdert forskningsartikler• Artikler innen 10 år• Forskning innenfor Skandinavia• Palliative kreftpasienter med smerte• Hjemmeboende• Sykepleieperspektiv• Pasientperspektiv	<ul style="list-style-type: none">• Artikler eldre enn 2010• Pårørende perspektiv• Artikler uten fagfellevurdering• Forskning utenfor Skandinavia

3.3.2 Valg av databaser

For å finne empiriske studier som passet vår problemformulering og hensikt, søkte vi i relevante databaser som var tilgjengelige via bibliotekets nettside. Relevante databaser inkluderte Chinal, Oria og Svemed+ og Pubmed som er databaser som inneholder relevant forskning for sykepleierfaget. I løpet av søkeprosessen kom vi frem til at Chinal ikke hadde nok relevante empiriske studier som kunne brukes i besvarelsen på hensikten med oppgaven. Vi forsøkte flere forskjellige søkestrategier i databasen Chinal uten relevante resultater. Vi bestemte oss derfor for å søke mer i databasene Svemed, Oria og Pubmed. Disse databasene gav oss flere gode resultater, og hadde et bredt utvalg av empiriske studier som vi tenkte kunne gi oss best mulig svar på hensikten med oppgaven.

3.3.3 Valg av søkeord

For å finne relevante forskningsartikler, benyttet vi oss av relevante søkeord. Vi ville undersøke muligheten sykepleierne har for lindring av smerte hos palliative kreftpasienter i hjemmet. Dermed ble søkeordene «cancer», «kreft», «hjemmeboende», «pain», «pain measurement» «palliativ care» og «home care nurses» vurdert som relevante søkeord i denne oppgaven. Vi har benyttet flere engelske søkeord i vårt søk på databasene for å utvide søket vårt. I søket etter artikler brukte vi «boolesk søklogik» som er en teknikk som brukes for å bestemme hvilken sammenheng søkeordene skal ha til hverandre. Teknikken innebærer blant annet bruk av «OR» og «AND» i søk på databasene (Östlundh, 2012). Vi brukte da «AND» for å binde sammen søkeord og «OR» for å få treff på synonymer.

I den første artikkelen søkte vi på databasen Svemed med søkeordene «cancer» AND «pain» med avgrensingene «peer reviewed» og artikler innen 10 år som gav oss 39 treff. For artikkel nummer to søkte vi også på databasen Svemed med følgende søkeords kombinasjon «Cancer» AND «pain mesurment». Her fikk vi fem treff. For artikkel nummer tre søkte vi på Pubmed med følgende søkeords kombinasjon «Palliative care» OR «Palliative home care» AND «Home care nurses» som gav 12 treff. For artikkel nummer fire og fem, brukte vi databasen Oria med søkeordene Kreft OR Hjemmeboende som gav 1306 treff, etter at vi la til avgrensingene fagfelleverdert tidsskrift, årstall 2012-2022, Engelsk og Norske artikler.

3.3.4 Valg av artikler

På bakgrunn av hensikten med oppgaven har vi funnet fem passende studier (se vedlegg 2) som belyser flere aktuelle resultater vi tenker kan være med på å besvare vår problemstilling. Når vi valgte artikler, tok vi utgangspunkt i hva som kunne være mest relevant for vår oppgave. Vi tok for oss flere artikler der vi så på hvilken metode som ble brukt og kvaliteten i artiklene. Optimalt ønsket vi at artiklene skulle være kvalitative studier, da vi ønsket å innhente menneskers erfaringer og meninger med palliativ omsorg. Men for å få en bredere forståelse utenfra, fant vi en kvantitativ studie som vi valgte å ta med i besvarelsen. Når vi skulle ta for oss artiklene og vurdere troverdighet og holdbarheten, sjekket vi om artiklene fulgte IMRaD-strukturen, var vitenskapelige artikler, samt at de var originalartikler. I tillegg til dette sjekket vi troverdigheten og holdbarheten med å se på når og hvem som hadde skrevet teksten, samt hva formålet med teksten var (Dalland & Trygstad, 2014). Ved å se kritisk på kildens kvalitet, fant vi frem til troverdige artikler som kunne være med på å besvare hensikten med oppgaven.

I starten av søkeprosessen tenkte vi å finne artikler som inneholdt sykepleieperspektiv, da det er hva sykepleieren kan gjøre for å lindre smerte hos palliative kreftpasienter vi ønsker å besvare i denne oppgaven. For å få en dypere forståelse av hvordan sykepleiere kan lindre smerte hos palliative kreftpasienter, så vi det nødvendig å søke etter studier med pasientperspektiv også. Vi velger derfor tre artikler med sykepleieperspektiv, og to med pasientperspektiv, for å kunne få en helhetlig vurdering av problemformuleringen vår.

3.4 Analyse

Lyckhage (2012, s. 167) beskriver analysearbeid som en prosess der vi går fra å se på artikkelen som en helhet, før man videre deler den opp i mindre deler, og til slutt kobler delene sammen til en ny helhet. Når vi analyserte de valgte artiklene, brukte vi Lyckhages analysemodell. Ifølge Lyckhage (2012, s. 168) er det viktig at man leser artiklene flere ganger som en helhet, fordi det er under dette steget man danner seg den forståelsen som kreves for å kunne analysere artiklene videre, og for å kunne gå mellom tekstens helhet til deler. Denne delen av analysen tok lengst tid, fordi vi så det nødvendig å sette oss grundig inn i artiklene, slik at vi forsto artiklenes innhold, og da særlig resultatene, før vi beveget oss videre til neste steg.

Neste steg var å skrive ned resultatene og grunntrekk i fra studiene, og sammenlignet de med hensikten vår, for å finne relevant informasjon til vår oppgave. Vi markerte over det vi syntes var viktig. Deretter dokumenterte vi inn i litteraturmatriksen (vedlegg 2), blant annet perspektiv, hensikt, metode og analyse, og hovedfunn. Etter dette sammenlignet vi resultatene i artiklene og dannet oss ett innblikk i hvilke hovedkategorier som gikk igjen. Ved å sette resultatene i en slik tabell, ble det enklere å sammenligne og sette det sammen til en ny helhet.

4.0 RESULTATER

I denne delen av oppgaven skal vi presentere resultatene fra artiklene som har hjulpet oss med å besvare oppgavens hensikt. Vi har gjennom analyse av artiklene kommet frem til fire hovedkategorier og en underkategori. I tabellen under (tabell 2) blir hoved- og underkategoriene fremstilt.

Tabell 2

Hovedkategorier	Underkategori
Kompetanse og faglig forsvarlighet	
Lite fokus på kartlegging av smerte	<ul style="list-style-type: none">• Barrierer for smertelindring
Tverrprofesjonell samhandling er viktig for å kvalitetssikre palliativ omsorg	
Fokus på relasjonsbygging mellom sykepleier og pasient.	

4.1 Kompetanse og faglig forsvarlighet

I tre av artiklene kommer viktigheten av god kompetanse frem som nødvendig i møte med pasient (Molnes, 2014; Ihler & Sæteren, 2019; Danielsen et al., 2018). Relevante kurs og

faglig oppdatering ble sett på som nødvendig for å øke kompetansen ved å tilegne seg ny kunnskap. I en travel arbeidshverdag nevner flere sykepleiere mangel på tid til å oppdatere seg faglig og bruke kartleggingsverktøy (Molnes, 2014; Danielsen et al., 2018, Ihler & Sæteren, 2019). Noen av sykepleierne mente at kompetanse kommer med årene, erfaring i mellommenneskelige situasjoner og klinisk kompetanse er nødvendig for å skape trygghet for palliative pasienter. Det kommer også frem at det å jobbe med palliative pasienter i hjemmet, ikke er en jobb for nybegynnere på grunn av manglende kompetanse (Molnes, 2014; Danielsen et al., 2018). Noen av sykepleierne i studien Molnes (2014) uttrykker viktigheten av å dele erfaringene man har tilegnet seg med resten av personalet for å heve kompetansen og skape trygghet.

I studien til Molnes (2014) nevner flere av sykepleierne at bemanningen til tider var lav, og at dette resulterte i at pasientene ikke fikk dekket sine behov. «Arbeidsoppgaver blir ikke utført på grunn av at det mangler sykepleiere eller manglende kompetanse, noe som fører til at pasientene ikke blir ivare tatt optimalt» (Molnes, 2014, s. 148). Denne ressursmangelen som sykepleierne nevnte førte til redusert smertelindring hos kreftpasienter, fordi de ikke fikk observert pasientene over tid, og derfor ikke kartlagt smertene tilstrekkelig (Molnes, 2014). Sykepleierne i studien til Ihler og Sæteren (2019) fremhevet barrierene for oppfølging og bruk av ESAS som mangel på tid, lite kjennskap og uklare rutiner. De hadde sett at sykepleierne hadde ulike praksis på grunn av uklare rutiner som førte til ulike svar.

4.2 Lite fokus på kartlegging av smerte

I studien Ihler og Sæteren (2019) beskriver sykepleierne ESAS som ett viktig verktøy for å kartlegge pasienten og finne ut hvordan de har det. Sykepleierne i studien forteller at det ikke er de som anslår hvilke symptomer pasienten har, men at ESAS får frem pasientens egen kartlegging av symptomene, altså pasientens subjektive opplevelse. Videre i studien beskriver sykepleierne fraværende oppmerksomhet på ESAS, da fagprosedyren er lite kjent blant flere faggrupper. Lite oppmerksomhet og kjennskap på ESAS kommer også frem i studien til Molnes (2014), hvor flere av sykepleierne sjelden benyttet kartleggingsverktøy for å vurdere smerteopplevelsen til pasienten. «Bare 3 av 10 sykepleiere hadde benyttet Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) som kartleggingsverktøy. Det er flere årsaker til at det ikke benyttes slike verktøy ifølge sykepleierne» (Molnes, 2014, s.149). Noen av årsakene til

manglende bruk, er ifølge sykepleierne manglende opplæring, forskjell i hvordan man kartlegger pasientene, og manglende tid.

Flere av sykepleierne i studien Ihler og Sæteren (2019) kommer med forslag om hvordan ESAS kan bli brukt mer rutinemessig i kartlegging av pasienters symptomer. Økt fokus på smertekartlegging i undervisning, hva ESAS brukes til, hvordan svarene følges opp, og mer fokus fra ledere mener sykepleierne at de automatisk hadde blitt bedre på å benytte seg av ESAS.

4.2.1 Barrierer for smertelindring

I to av artiklene blir smertelindring beskrevet som utfordrende på grunn av ulike barrierer hos pasienter og sykepleiere (Molnes, 2014; Valeberg et al., 2010). Sykepleierne i Molnes (2014) nevner ulike holdninger som påvirker smertelindring, da de har ulike meninger om når smertestillende skal gis. Noen hadde sterkere mening om dette som førte til ulik praksis. Flere sykepleiere nølte med å benytte morfin, da de var redde for overdosering, mens andre sykepleiere mente at pasientene måtte få tilstrekkelig smertelindring selv om det kunne føre til sløvhet, da det viktigste var at pasienten hadde det godt.

I studien til Valeberg (2010) var det 217 pasienter som deltok og rundt 36% av alle som var med i studien var i palliativt behandlingsopplegg. Skåren på den gjennomsnittlige smerten var på 4,5, og de høyeste barrierene var spørsmål om toleranse, avhengighet, bivirkninger og nye smerter. 62 % av pasientene var enig i at det er en fare for å bli avhengig av smertestillende medisiner og 28 % var enig i at dersom det fortalte om smertene ville andre synes at de klagde mye. En av pasientene i studien til Sønning og Fossum (2020) sa at det å ha noen å ringe til hadde en lindrende effekt.

4.3 Tverrprofesjonell samhandling er viktig for å kvalitetssikre palliativ omsorg

I to av artiklene kommer det frem utfordringer i samhandlingen mellom spesialisthelsetjenesten, hvor de beskriver at sykehusene ofte lover mer på vegne av hjemmetjenesten enn hva som er realistisk. Dette fører til en forventning hos pasientene, og pårørende om at hjemmetjenesten er der til enhver tid (Molnes, 2014; Danielsen et al, 2019).

«Sykepleierne mente at det må fokuseres mer på kommunikasjon og rutiner mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten». (Molnes, 2014, s. 149). Noen av sykepleierne i Molnes (2014) nevner utfordringer rundt utskrivelsen. De hadde negative opplevelser med rapportene fra sykehuset, hvor flere av pasientene ble utskrevet uten sykepleiesammenfatning, epikrise og medisin oversikt. De beskriver dette som utfordrende fordi at de må bruke mye tid og unødvendig ressurser med å kontakte avdelingene for å avklare ting.

I Danielsen et al (2018) uttrykker sykepleierne et godt samarbeid med sykehuset som en nødvendig faktor for å forberede seg og for å få en god start på et tillitsfullt samarbeid med pasient. De så viktigheten med å samle inn tilstrekkelig informasjon om pasienten på forhånd for å opprettholde komfort, smertekontroll og kvalitetsomsorg for pasienten. Flere av sykepleierne i Molnes (2014) og Danielsen et al (2018) forteller at de foretrakk å kontakte fastlege tidlig, for å kunne avtale et felles hjemmebesøk sammen med pasient og pårørende.

4.4 Fokus på relasjonsbygging mellom sykepleier og pasient

«Behovet for samtale overskygget behovet for sovemedisin. Det å bli lyttet til og respektert mente de skapte trygghet og tillit. Det å vite at noen hadde tid til samtale var viktig» (Sønning & Fossum, 2020, s.7). I tre av artiklene kommer betydningen av en god relasjon mellom pasient og sykepleier frem som viktig for å oppnå best mulig palliativ omsorg hos pasienten (Ihler & Sæteren, 2019; Danielsen et al., 2018; Molnes, 2014). I studien Danielsen et al (2018) beskriver deltakerne viktigheten med å etablere ett tillitsfullt samarbeid mellom helsepersonell og pasient, hvor empati og tid til å lytte ble sett på som avgjørende. Sykepleierne forteller at det ofte valgte en erfaren sykepleier i det første møtet slik at man kunne ivareta trygghet og få tillit hos pasient.

I studien til Sønning og Fossum (2020) kommer det frem at pasientene synes det var viktig å bli respektert og lyttet til da dette skapte trygghet og tillit. De opplevde det belastende å holde usikkerhet, tanker og redsel for seg selv og ønsket derfor at helsepersonell var mer tilstedeværende å så hele menneske for å skape trygghet. Pasientene syntes det var viktig å ha noen å stole på, slik at de kunne være åpne og ha noen å snakke med (Sønning & Fossum,

2020). I studien til Ihler og Sæteren (2019) har noen av sykepleierne erfart at ESAS åpner for inngående samtale med pasient slik at sykepleierne får en oversikt over pasientens behov og symptomer. En sykepleier sier at ESAS vil kunne hjelpe pasienten til å tenke gjennom hvordan han har det samtidig som de kommer i god samtale med sykepleieren.

5.0 DISKUSJON

I kommende kapittel skal vi diskutere integrativ litteraturoversikt som metode og belyse oppgavens svakheter og styrker. Vi vil diskutere artiklenes relevans og gyldighet samt være kritisk til kildene vi har brukt. Videre kommer resultatdiskusjonen der vi diskuterer resultatene sammen med relevant teori for å belyse hvilke faktorer som påvirker sykepleiers mulighet for å gi god smertelindring til hjemmeboende kreftpasienter i palliativ fase. For å skape en helhet vil vi også dra inn egne personlige refleksjoner.

5.1 Metodediskusjon

Vi har i metodekapitlet prøvd å gi en beskrivelse av arbeidet vårt, som har ført oss frem til resultatene. Her vil vi diskutere i hvilken grad vårt arbeid har svekket og styrket resultatene i oppgaven. Vi brukte Lyckhages (2012) analysemodell for å analysere artiklene. Etter å ha analysert artiklene grundig, har vi kommet frem til at de fem artiklene vi valgte er troverdige og har vært med på å svare på hensikten vår. Vi vil nevne at vi ikke er erfarne med å søke etter vitenskapelige artikler og med analyse arbeid og vi ser i etterkant at mer metodekunnskap ville ført til en bedre kvalitetssjekk av artiklene vi valgte.

Før vi begynte med oppgaven tenkte vi å kun bruke kvalitative studier da vi ønsket pasienter og sykepleieres erfaringer og opplevelse av smertelindring i hjemmet. Vi tenkte kvalitative studier kunne gi oss erfaringer eller meninger som ikke lot seg tallfeste, og var en gunstig metode for vår oppgave da kvalitative studier ofte går mer i dybden (Dalland, 2014). Da hensikten med oppgaven var å se på hvilke faktorer som påvirker sykepleieres mulighet for å gi god smertelindring, endret valget på å kun benytte kvalitative studier seg etter hvert i søket, for å kunne få en bredere forståelse. Vi valgte derfor en kvantitativ artikkel, som fikk frem hvor mange pasienter som hadde barrierer innen smertebehandling. Vi tenkte det kunne være relevant for å få bredde og målbare enheter (Dalland, 2014). På en annen side ville det nok

blitt enklere å kun valgt kvalitative studier da vi ønsket å se på sykepleieres og pasienters erfaringer i møte med smertelindring og palliasjon i hjemmet, og dette kommer bedre frem i slike studier der det blir gjort dybdeintervjuer.

Alle de fem artiklene vi valgte er funnet i helsevitenskaplige tidsskrifter, som er med på å styrke artiklenes kvalitet. Et av inklusjonskriteriene våre var blant annet forskning innen Skandinavia, for å ta utgangspunkt i helsesystem som var likt det norske helsesystemet. I søket etter forskning innen Skandinavia, førte dette oss til fem studier som er blitt gjort i Norge. Selv om alle studiene var blitt gjort i Norge, var en artikkel skrevet på engelsk. Dette kan ha ført til at vi har misforstått eller tolket noe feil i oversettelse prosessen, og kanskje på grunn av dette har vi fått en annen oppfatning av innholdet. Optimalt ønsket vi ikke artikler som var eldre enn 10år, da det kan være avgjørende for relevans, og fagområdet er i stadig utvikling og kunnskap kan bli utdatert (Dalland & Trygstad, 2014). Ettersom vi ikke fant nok relevante artikler innen den tidsrammen, valgte vi å utvide tidsbegrensingen. Vi fant da en artikkel som er 12år gammel. Selv om den avviker fra den opprinnelige tidsrammen så konkluderte vi med at den er relevant for oppgaven vår da vi har erfart i praksis at pasienter fremdeles har barrierer innen smertebehandling.

Når vi startet på oppgaven ønsket vi kun artikler som handlet om hjemmeboende kreftpasienter og sykepleiere i hjemmetjenesten. Ut i søket, finner vi to artikler som avviker fra dette inklusjonskriteriet. Studien til Valeberg et al (2010) handler om barrierer innen smertelindring hos kreftpasienter på sykehus og Ihler og Sæteren (2019) er også en studie fra sykehus hvor sykepleierens erfaringer med bruk av ESAS kommer frem. En svakhet med vår oppgave er at vi likevel valgte å ha med disse artiklene selv om de ikke oppfylgte inklusjonskriteriene, da funnene i artiklene samsvarer med erfaringer i hjemmesykepleien.

Vi hadde som ønske å finne både studier som inneholdt pasient- og sykepleieperspektiv men med hovedfokus på sykepleieperspektiv. Vi tenkte det ville være nødvendig å få med pasienters erfaringer og opplevelser innen smertelindring i hjemmet for å besvare hensikten på en helhetlig måte. Det å velge to perspektiv har vært noe utfordrende, siden det har vært vanskelig i noen tilfeller å skille mellom hvem som sier hva og fordi sykepleier og pasient har forskjellige roller og opplevelser. Vi opplever likevel det å ta med pasientperspektiv har hjulpet oss med å besvare oppgavens hensikt, da pasientene spiller en viktig rolle for muligheten sykepleierne har for å gi smertelindring.

5.2 Resultatdiskusjon

Hensikten med denne oppgaven er å undersøke hvilke faktorer som påvirket sykepleiers mulighet for å gi god smertelindring til hjemmeboende kreftpasienter i palliativ fase.

5.2.1 God kompetanse og faglig forsvarlighet i møte med palliative kreftpasienter

Tilstrekkelig tid og kompetanse er nødvendig for å gi tilstrekkelig palliativ omsorg. Hjemmesykepleien har ofte en hektisk hverdag hvor kravene er mange og mye som skal gjøres (Fjørtoft, 2016). Dette har vi erfart i praksis hvor vi opplevde tiden som utfordrende på grunn av mange oppgaver som skulle utføres. Dette kan vi se i samtlige av de utvalgte studiene hvor sykepleierne nevner mangel på tid til å oppdatere seg faglig og bruke kartleggingsverktøy hos pasienter (Molnes, 2014; Danielsen et al., 2018; Ihler & Sæteren., 2019).

Sykepleierne i Molnes (2014) så på det som nødvendig med faglig oppdatering for å kunne tilegne seg ny kunnskap, samtidig som noen av sykepleierne i Danielsen et al (2018) mente kompetansen kom med årene. De syntes ikke at det å jobbe med palliative pasienter i hjemmet var en jobb for nybegynnere, da kompetanse og erfaring i mellommenneskelige situasjoner er nødvendig for å skape trygghet for palliative pasienter (Molnes, 2014; Danielsen et al., 2018). Det kan tenkes at pasientene opplever større trygghet om sykepleierne er erfarne og har mye kompetanse innen palliasjon og smertelindring. Det å dele erfaringer man har tilegnet seg med resten av personalet, ble sett på som viktig hos sykepleierne i Molnes for å heve kompetansen og skape trygghet i møte med kreftpasienter (Molnes, 2014). Dette tenker vi kan være med på å øke kompetansen blant personale, og bedre den palliative omsorgen til kreftpasienter i hjemmet.

Helse- og omsorgstjenestene som ytes skal være forsvarlige og kommunen må tilrettelegge tjenestene slik at pasienten får et verdig og helhetlig tjenestetilbud (helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, §4-1). Den viktigste ressursen hjemmesykepleien har for at pasientene skal få dekket sine behov og få en forsvarlig oppfølging, er kompetanse hos personalet (Fjørtoft, 2016). Mangel på tid blir i Molnes (2014) sett på som en utfordring for å kunne gi pasientene en faglig oppfølging. Sykepleierne opplevde at arbeidsoppgaver ikke ble utført på grunn av manglende kompetanse og lav bemanning som påvirket den faglige

forsvarligheten. I studien til Ihler og Sæteren (2019) kommer det frem at mangel på tid og kompetanse også påvirket oppfølgingen og bruken av ESAS i smertekartleggingen hos palliative kreftpasienter.

Kontinuitet er nødvendig for å sikre kvalitet i pleie, omsorg og behandling. Faste sykepleiere vil kunne være nødvendig for å kunne se endring i pasientens tilstand over tid og for å skape tillit (Gro, 2020). Ut ifra egne erfaringer har vi sett at det er vanskelig å få til kontinuitet, da vi har erfart at bemanningen ofte er lav og grunnet turnusarbeid har vi sett at det kan være vanskelig å ha faste sykepleiere på de palliative pasientene. Dette vil kunne gå ut over sykepleierens oppgave å etablere et menneske-til-menneske forhold noe som Travelbee (1999) mener er et virkemiddel som gjør det mulig å oppfylle sykepleierens hensikt som i dette tilfelle vil være å kunne oppnå optimal smertelindring.

5.2.2 Kartlegging av smerte og smertelindring

Ifølge Kreftforeningen (2022) opplever over 50 % av de som har kreft smerter som i varierende grad blir påvirket av sosiale, biologiske og psykologiske faktorer. Sykepleiere har et viktig ansvar innen det å kartlegge og observere kreftpasienter for å oppnå best mulig smertelindring. ESAS -skjemaet er et av de vanligste kartleggingsverktøyene for å kartlegge smerter og symptomer hos palliative kreftpasienter (Lorentsen & Gro, 2017). I studien til Ihler og Sæteren (2019) blir ESAS beskrevet som et viktig verktøy hos sykepleierne for å kartlegge pasientens symptomer og smerter, og får frem pasientens egen opplevelse av symptomene. Samtidig som det blir sett på som nødvendig å bruke ESAS kommer det frem i både Ihler og Sæteren (2019) og Molnes (2014) at det er lite kjennskap og fraværende oppmerksomhet til fagprosedyren hos sykepleierne.

Sykepleierne nevner at kompetanse, manglende tid og ulik bruk hos sykepleierne er årsaker til at ESAS- skjemaet brukes for lite i kartleggingen av symptomer og smerter hos kreftpasienter. Ut ifra dette kan vi forstå at det er et behov for å øke kompetanse og rutiner rundt bruk av ESAS-skjemaet. Dette kommer frem i studien til Ihler og Sæteren (2019) der noen av sykepleiere kommer med forslag om hvordan ESAS kan bli brukt mer rutinemessig i kartleggingen av pasientene. Sykepleierne mener at mer undervisning i kartlegging av smerte og økt fokus fra ledere kunne føre til at flere hadde benyttet seg av ESAS.

I Valeberg et al (2010) kommer det frem at 62 % av pasientene er redde for å bli avhengige av smertestillende medisiner og hvor de høyeste barrierene i spørreundersøkelsen var på spørsmål om avhengighet, toleranse, bivirkninger og nye smerter. Ut ifra dette tolker vi at pasientene ikke har nok kjennskap til legemidler og virkningen av dem. Dette kan tyde på at informasjonen som sykepleierne har formidlet om smertebehandling og legemiddel ikke er tilstrekkelig eller uforståelig for pasientene.

En sykepleier kan ifølge Travelbee (1999) være en god observatør uten å nytte kommunikasjon på hensynsfull måte, men det er vanskelig å kommunisere målrettet uten å være en god observatør. Gode kommunikasjonsferdigheter er et sentralt hjelpemiddel for å kunne forstå pasienten som person og til å gi bedre hjelp og støtte (Eide & Eide, 2010). Sykepleiere har en sentral rolle om å videreformidle informasjon på en forståelig måte. Pasienter i palliativ fase har behov for informasjon og kunnskap om en rekke faktorer som bivirkninger, medisiner og praktiske forhold (Eide & Eide, 2010). Gjennom kartlegging, observasjon og samtale vil sykepleieren få et inntrykk av smertene og en mulighet til å evaluere behandlingen (Lorentsen & Grov, 2017).

Opioider er medikamentell behandling som lindrer den fysiske smerten og finnes både i langtids- og korttidsvirkende medikamenter (Opdahl, 2020; Kreftforeningen, 2022). Hos sykepleierne i Molnes (2014) kommer det frem barrierer innen smertelindring, hvor de nevner ulik praksis og meninger om når smertestillende skal gis. De beskriver utfordringen med å bruke medikamentet morfin, da noen nølte med å gi dette da de var redd for å gi for mye, mens noen sykepleiere mente det var viktig å gi tilstrekkelig morfin selv om dette kunne medføre sløvhet.

Gjensidig tillit mellom pasient og sykepleier er viktig for å oppnå best mulig smertelindring (Danielsen et al., 2017). Dersom pasienten opplever å bli trodd når de uttrykker smerte, kan dette medføre større tillit og trygghet hos helsevesenet og oppnå best mulig smertelindring (Lorentsen & Grov, 2017). «Å ha noen å ringe til- når du trenger hjelp. Det lindrer jo problemet på en måte» (Sønning & Fossum, 2020, s. 8) sa en av pasienten i studien til Sønning og Fossum. De mente at det å vite at noen var glad i dem hadde en lindrende effekt på smertene og var en trygghet for dem.

5.2.3 Tverrfaglig samhandling er nødvendig for palliasjon i hjemmet

Som nevnt tidligere kom det en samhandlingsreform i 2012 som førte til at sykehusene skriver ut pasienter tidligere, noe som har ført til mer ansvar for hjemmesykepleie enn tidligere (Næss, 2020). Grunnet denne reformen har viktigheten av tverrfaglig samarbeid mellom helsepersonell økt (Mathisen, 2017). I studien til Danielsen et al (2018) beskriver sykepleierne i hjemmetjenesten nødvendigheten av et godt samarbeid med sykehuset for å kunne forberede seg og samle inn tilstrekkelig informasjon om pasienten for å kvalitetssikre omsorgen. Samarbeidet mellom hjemmesykepleien og spesialisthelsetjenesten må ifølge Fjørtoft (2016) være orientert rundt det å finne de beste løsningene for pasientene samt klare rutiner for samarbeidet slik at en unngår usikker oppgave- og ansvarsfordeling (Fjørtoft, 2016).

Ut ifra egne erfaringer i hjemmetjenesten har vi sett at mangelfull informasjon fra sykehusene har ført til flere uheldige situasjoner hvor vi har møtt pasientene uforberedt i forhold til deres behov som har gjort pasientene utrygge. Ifølge Fjørtoft (2016) blir samhandling og koordinering mellom instanser i helsetjenesten sett på som et sårbart område. Dette ser vi i både Molnes (2014) og Danielsen et al. (2018) hvor sykepleierne opplever at sykehusene gir en forventning til pasientene om at hjemmetjenesten er der til enhver tid. For å danne grunnlaget for videre samhandling med pasienten er det viktig med et godt førstegangsbesøk (Fjørtoft, 2016). Både i Molnes (2014) og Danielsen et al. (2018) var det ønskelig om tidlig hjemmebesøk for planlegging av videre plan. For noen er hjelp fra hjemmesykepleien et nederlag, mens andre kan det være etterlengtet hjelp. Det er derfor viktig at sykepleierne gir tilstrekkelig informasjon ved første møte slik at pasienten vet hva hjelpetilbud det er og hva de kan forvente av hjemmetjenesten (Fjørtoft, 2016).

Det kommer også frem i studien til Molnes (2014) at sykepleierne opplevde noen utfordringer med utskrivelsen. De synes det var utfordrerne når pasienter ble skrevet ut fra sykehuset uten sykepleiersammenfatning, medisinsoversikt og epikrise, da de måtte bruke unødvendige ressurser til å kontakte sykehusene og få nødvendig informasjon. Dette førte til at sykepleierne følte seg uforberedt og de mente det burde fokuseres mer på kommunikasjonen mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten. Vi tror at dette med mangelfull informasjon fra sykehusene vil kunne ha betydning for hvordan pasienten føler seg ivaretatt av hjemmesykepleien. Trygghet på egen kompetanse, respekt for hverandres

fagområde og dialog blir sett på som nødvendig for å utvikle et godt tverrprofesjonelt samarbeid (Fjørtoft, 2016).

5.2.4 Relasjonens betydning i møte med palliative pasienter

Tilstrekkelig medisinsk behandling er en forutsetning for pasienter med kreft, samtidig vil kommunikasjon og en god relasjon ha betydning for pasientens liv og helse (Lorentsen og Grov, 2017). Dette har vi erfart i praksis der vi har sett hvor viktig det er med en god relasjon mellom sykepleier og pasient for å kunne gi optimal smertebehandling til pasient. Smerter er både fysisk og psykisk på en gang og støttende tiltak kan bidra til kontroll av smertene (Danielsen et al., 2017).

I følge Travelbee (1999) har sykepleiere som ansvar og oppgave å etablere ett menneske-til-menneske-forhold som er et forhold som bygges opp dag for dag i møte med den syke. I studien til Sønning og Fossum (2020) beskriver en av pasientene viktigheten med å bli respektert og lyttet til, for å skape et tillitsfullt forhold med sykepleier. De mente det var viktig å bli sett og hørt, samtidig som sykepleieren kjente til pasienten. Pasientene opplevde de de belastende å holde tanker, redsel og usikkerhet for seg selv og ønsket at sykepleierne var til stede og så hele menneske, dette mente pasientene økte tilliten til sykepleieren.

I studien til Danielsen et al (2018) nevnte sykepleierne viktigheten med å etablere ett tillitsfullt samarbeid hvor empati og tid til å lytte til blir sett på som avgjørende. Sykepleierne nevnte også at de valgte en erfaren sykepleier i det første møte hos pasientene, for å ivareta trygghet og tillit hos pasientene. Selv om det første møte ifølge Travelbee (1999) handler om førsteinntrykk og der sykepleier og pasient i liten grad ser på hverandre som unike mennesker tenker vi at det likevel vil være nødvendig med et godt første møte mellom pasient og sykepleier for å få til en tillitsfull relasjon. Dette tenker vi vil være nødvendig for at pasienten skal kunne våge å uttrykke sine smerter, noe som er avgjørende for sykepleiernes mulighet for å kunne gi god smertelindring. Pasientene i studien til Sønning og Fossum (2020) så på det som viktig å ha noen å stole på, slik at de kunne våge å være åpne og ha noen å snakke med.

6.0 AVSLUTNING

Hensikten med denne integrative litteraturbaserte oppgaven var å undersøke hvilke faktorer som påvirker sykepleiers mulighet for å gi god smertelindring til hjemmeboende kreftpasienter i palliativ fase. Resultatene vi har presentert understreker flere faktorer innen smertelindring hos palliative kreftpasienter som påvirker sykepleiers muligheter for smertebehandling. Det kommer frem fra sykepleierne at behovet for økt kompetanse rundt palliasjon og smertelindring er en nødvendig faktor for å møte pasientens behov. Samtidig som mer tid hos pasientene og bedre kontinuitet i hjemmetjenesten er avgjørende for tilstrekkelig smertekarlegging og smertelindring.

Barrierer relatert til smertelindring hos sykepleiere og pasienter er også en faktor som påvirker smertebehandlingen. Flere pasienter nevner barrierer rundt avhengighet, bivirkninger og redsel for å ikke oppdage forverring i sykdommen som en faktor som påvirker behandlingen. Dette kan tolkes som at informasjon fra sykepleiere ikke er tilstrekkelig rundt medikamentbehandlingen og at dette bør forbedres. Sykepleiere har en sentral rolle i å informere pasienten tilstrekkelig og på en forståelig måte for å avdekke redsel og feilinformasjon. Barrierer og holdninger hos sykepleiere påvirker også smertebehandlingen hos de palliative pasientene. Det kommer frem at flere av sykepleierne er redde for å benytte morfin og det er ulik praksis i bruk av dette. Mer fokus på smertelindring i sykepleierutdanningen kunne forhindre redsel for å bruke medikament som morfin hos kreftpasienter.

Travelbee beskriver viktigheten med god kommunikasjon fra første møte for å kunne få en god relasjon. Dersom sykepleierne ikke har fokus på relasjonsbygging vil dette kunne være en faktor som påvirker smertebehandling, da pasientene kan ha vanskeligheter med å uttrykke smerte. Vi ser det derfor viktig med et tidlig hjemmebesøk for å skape et tillitsfullt samarbeid mellom pasient og sykepleier. Utfordringer rundt samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten, ble også sett på som en faktor som påvirket sykepleiers mulighet for å gi tilstrekkelig smertelindring og møte pasientens behov.

LITTERATURLISTE

- Bertelsen, B., Hornslien, K., & Thoresen, L. (2016). *Svulster*. Bach-Gansmo, E. (Red.), Sykdom og behandling (s. 127-149). Gyldendal.
- Dalland, O. & Trygstad, H. (2014). Kilder og kildekritikk. I O. Dalland, *Metode og oppgaveskriving* (5.utg., s. 62-81). Gyldendal.
- Dalland, O. (2014) *Metode og oppgaveskriving* (5.utg). Gyldendal
- Danielsen, A., Berntzen, H. & Almås H. (2017). *Sykepleie ved smerter*. I H. Almås (Red.), klinisk sykepleie 1 (s. 381-427). Gyldendal.
- Danielsen, B. V., Sand, A. M., Rosland, J. H. & Førland, O. (2018). Experiences and challenges of home care nurses and general practitioners in home-based palliative care- a qualitative study. *BMC palliative Care* 17 (95), 13.
<https://doi.org/10.1186/s12904-018-0350-0>
- Eide, H. & Eide, T. (2010). *Kommunikasjon i relasjoner: samhandling, konfliktløsning, etikk* (2. utg.). Gyldendal akademisk.
- Fjørtoft, A. K. (2016). *Hjemmesykepleie: Ansvar, utfordringer og muligheter* (3.utg.). Fagbokforlaget.
- Friberg, F (2012). Att göra en litteraturoversikt. I F.Friberg (Red.), *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s.133-144). Studentlitteratur.
- Grov, E. K. (2020). Pleie og omsorg ved livets slutt. I A.H. Ranhoff (Red) *Geriatrisk sykepleie – God omsorg til den gamle pasienten* (3.utg., s.538-557). Gyldendal
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse-og omsorgstjenester m.m.* (LOV-2011-06-24-30). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/2011-06-24-30>
- Helsedirektoratet (2017, 4. mai). *Smerter*.
<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/palliasjon-til-barn-og-unge/symptomlindring-av-barn-med-en-livsbegrensende-tilstand/smerter>
- Ihler, E. M. & Sæteren, B. (2019). Sykepleieres erfaringer med å bruke ESAS til å kartlegge symptomer hos kreftpasienter. *Sykepleien forskning (Oslo)*, 79585, e-79585, 1-16. <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2019.79585>
- Kreftforeningen. (2022, 24. august). *Hva er kreft?*
<https://kreftforeningen.no/om-kreft/hva-er-kreft/>

Kreftforeningen. (2022, 5. april). *Smerte*.

<https://kreftforeningen.no/rad-og-rettigheter/smerte/>

Kreftregisteret. (2022, 8. juni.) *Kreft i Norge*. Hentet 12. desember 2022 fra

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

Lorentsen, V. B. & Grov, E. K. (2017). *Generell sykepleie ved kreftsykdommer*. I H. Almås (Red.), *klinisk sykepleie 2* (s. 397-436). Gyldendal.

Lyckhage, E. D. (2012). Att analysera berättelser (narrativer). I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s.161-172). Studentlitteratur.

Mathisen, J. (2017). Sykepleie ved livets avslutning. I G.-H. Grimsbø (red.), *Grunnleggende sykepleie bind 3: Pasientreformer, samfunn og mestring* (3.utg., s. 407-449). Gyldendal akademisk

Molnes, S. I. (2014). Sykepleieres erfaringer med smertelindring til hjemmeboende kreftpasienter. *Nordisk sygeplejeforskning*, 4(2), 142-155

<https://doi-org.ezproxy.uis.no/10.18261/ISSN1892-2686-2014-02-06>

NHI. (2021, 25. februar). *Kreft*.

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

Norsk Helseinformatikk (2021, 19. oktober). *ESAS symptomskjema*.

<https://nhi.no/skjema-og-kalkulatorer/skjema/lindrende-behandling/esas-symptomskjema/>

Næss, G. (2020). Sykepleie til eldre i hjemmesykepleien. I A.H. Ranhoff (Red.). *Geriatrisk sykepleie – God omsorg til den gamle pasienten* (3.utg., s.245-258). Gyldendal.

Opdahl, H. (2020, 15. januar). *Smertebehandling*. SNL. <https://sml.snل.no/smertebehandling>

Sandvik, R. K. N. M. & Rustøen, T. (2020). Sykepleiere er avgjørende for god smertebehandling. *Sykepleierne har et stort ansvar for å lindre pasientens smerte. Da det er viktig å kjenne til ulike smertelindrende tiltak og hvordan de best kan vurdere pasientens smerte*, 1-16. [10.4220/Sykepleiens.2020.80601](https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2020.80601)

Sønning, H. E. & Fossum, M. (2020). «Eg gråter noen tårer hver dag»: En fenomenologisk studie av hjemmeboende kreftpasienters beskrivelse av deres livssituasjon i palliativ fase. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning* 16 (1), 16. <https://doi.org/10.7557/14.4319>

Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie* (1.utg, 8.opl.). Oslo: Gyldendal.

Valeberg, B. T., Bjordal, K., & Rustøen, T. (2010). Kreftpasienters barrierer mot smertelindring. *Sykepleien forskning (Oslo)*, 2010 (4), 266-276.
<https://doi.org/10.4220/sykepleief.2010.0141>

Östlundh, L. (2012) Informationssöking. I F. Friberg (red.), *Dags för uppsats- vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s.57-79). Studentlitteratur.

Vedlegg

Vedlegg 1: Søkelogg

Søkedato	Database	Søkeord og ordkombinasjoner	Avgrensinger	Antall treff	Leste sammendrag	Leste artikler	Valgte artikler
25/10	ORIA	Kreft OR hjemmeboende	«Fagfelleverdert tidsskrift» Årstall 2012-2022 «Engelsk» «Norsk»	1306	20	6	2
26/10	SVEMED+	Cancer AND pain	“Peer reviewed” Årstall 2012-2019	39	4	2	1
27/10	SVEMED+	Cancer AND Pain measurement	“Peer reviewed” Årstall 2010-2019	5	2	2	1
01/11	PUBMED	"Palliative care" OR "Palliative home care" AND "Home care nurses"	“Free full text” & “10 years”	12	5	2	1

Vedlegg 2 Litteratormatrise

Forfatter(e) År Tidsskrift Land	Artikkel-tittel	Hensikten med studien	Perspektiv (sykepleier /pasient/ pårørende)	Metode og analyse	Utvalg/ populasjon	Hovedfunn/ Resultater
Ihler, E. M., & Sæteren, B. 2019 Norge	Sykepleieres erfaringer med å bruke ESAS til å kartlegge symptomer hos kreftpasienter	Å utforske sykepleieres erfaringer med å bruke ESAS for å kartlegge symptomer hos sykehuspasienter i palliative fase	Sykepleier perspektiv	Studien har et fortolkende kvalitativt design sammen med dybdeintervjuer. Datamaterialet er blitt analysert med Malteruds systematiske tekst-kondensering.	Inklusjon kriterier i studien var at deltakerne måtte være sykepleiere gjerne med relevant videreutdanning. Sykepleierne i studien skulle arbeide med kreftpasienter i palliative fase i sykehussetting. De skulle også ha kunnskap og erfaring om symptom-kartlegging og ESAS. Det var totalt 6 sykepleiere som deltok.	Funnene blir presentert i to hoved-kategorier med underpunkter: Et nyttig verktøy for å kartlegge pasientenes symptomer og varierende bruk av ESAS i klinisk praksis. Deltakerne beskriver ESAS som en døråpner for inngående samtale og en kartlegging av pasientens subjektive symptom.
Danielsen, B.V., Sand, A.M., Rosland, J.H., & Førland, O. 2018 Norge	Experiences and challenges of home care nurses and general practitioners in home-based palliative care – a qualitative study.	Å utforske gjennom hjemmesykepleiere og fastleger, forhold som legger til rette for eller hemmer mer tid hjemme hos pasienter med kort forventet levetid.	Sykepleier Perspektiv/ Lege perspektiv	Studien har en kvalitativ tilnærming med en fenomenologisk dimensjon hvor det ble benyttet fokusgrupper for å berike deltakerens erfaringer.	Totalt deltok 19 helsepersonell i fokusgruppene. Fokusgruppene besto av fire til seks deltakere. Sykepleiere og pleieassistenter var fra samme hjemmetjeneste-distrikt og fastlegene ble rekrutert fra ulike områder	Tre hovedtemaer dukket opp i intervjuene: Viktigheten av en god start for pasient og familie, Viktig med samarbeid på tvers av helsesystemet. Og unngå nye innleggelse ved å etablere samarbeid og kompetansen innen primæromsorg.

						Det kommer frem at optimal palliativ behandling i hjemmet avhenger av tett samarbeid og dialog mellom hjemmesykepleie, pasient, familie og allmennleger. Palliasjon i hjemmet krever kompetanse og erfaring.
Sønning, H-E., & Fossum, M. 2020 Norge	«Jeg gråter noen tårer hver dag». En fenomenologisk studie av hjemmeboende kreftpasienters beskrivelse av deres livssituasjon i palliativ fase	Å utforske hvordan hjemmeboende kreftpasienter opplevde sin livssituasjon i den palliative fasen for å kunne øke kunnskapen om hva som kunne bidra til god palliativ omsorg	Pasient perspektiv	Metoden i studien har et utforskende kvalitativt design med dybdeintervjuer. Datamaterialet i studien ble analysert i tråd med Giorgi sin fenomenologiske analyseprosess.	Åtte hjemmeboende pasienter med avsluttet kurativ behandling ble rekruttert til denne studien. Pasientene var i ulike livsfaser og fikk palliativ behandling og hadde kontakt med hjemmesykepleien. 6 av pasientene var kvinner og 2 menn, og var i alderen 35-63 år. 7 av 8 pasienter var etnisk norsk	Fire hovedtemaer dukket opp i intervjuene: Å leve med usikkerhet og uforutsigbarhet om fremtiden, å føle seg sett og hørt i møte med helsepersonell og medmenneske, den belastende følelsen av å svikte de nærmeste og utfordringen med å håndtere hverdagens krav.
Molnes, S.I. 2014 Norge	Sykepleieres erfaringer med smertelindring til hjemmeboende kreftpasienter.	Å utforske smertelindring til hjemmeboende kreftpasienter, hvordan sykepleiere beskriver egen praksis knyttet til	Sykepleier perspektiv	Metoden som ble brukt i denne studien var en kvalitativ metode som baserte seg på en beskrivende undersøkelse. Analysen i studien tok	Inklusjonskriteriene i denne studien var at sykepleierne jobbet i hjemmesykepleien og at de hadde jobbet der i minimum 1 år. Det var 10	Resultatene blir presentert ved hjelp av tre hovedkategorier: Sykepleiernes opplevelse av faglig oppdatering,

		smertelindring hos hjemmeboende kreftpasienter og hva som etterlyser de av spesiell kompetanse i arbeidet for å ivareta trygghet.		utgangspunkt i Thagaards temasentrerte analysestrategi.	sykepleiere som ønsket å delta	sykepleiernes opplevelse av hjemme-sykepleien og sykepleiernes opplevelse av omgivelsene.
Valeberg, B. T., Bjordal, K & Rustøen, T 2010 Norge	Kreftpasienters barriere mot smertebehandling	Å beskrive pasientens barrierer i forhold til smerte og smertebehandling, samt å undersøke om barrierer mot smertelindring påvirker pasientens funksjon og smerteintensitet	Pasientperspektiv	Studien er en tverrsnittsundersøkelse gjennomført på ulike poliklinikker ved Oslo universitetssykehuset.	Pasientene som er inkludert i denne studien er polikliniske kreftpasienter over 18 år som brukte smertestillende legemidler og hadde smerte og som kunne skrive og forstå norsk. 217 var med i studie hvor 53 % kun hadde kreftrelaterte smerter, 22 % hadde smerte relatert til kreft samtidig med smerte av annen årsak og 25 % hadde smerter av annen årsak enn kreft eller behandling	Resultatene i studien blir presentert i tabeller. Hvor den vanligste kreftformen var brystkreft. Pasientene i studien hadde en gjennomsnittlig år på 4,5 på «gjennomsnittlig smerte». Det kom frem at smerte påvirket funksjonen til pasienten og viste seg å varierte fra 3,5 «forhold til andre mennesker» til 5,1 «vanlig arbeid. Det kommer frem i tabell 3 at de høyeste barrierene var på spørsmål om avhengighet, toleranse, nye smerte og bivirkninger.

Vedlegg 3 – ESAS

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

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

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

Pasientens navn: _____

Dato: _____

Tidspunkt: _____

Fyll ut av (sett ett kryss):

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

(Norsk Helseinformatikk, 2021)