

# Smertelindring av palliative pasienter med kreft

*Hvilken kompetanse bør sykepleier ha for å lindre smerter hos hjemmeboende pasienter med kreft i palliativ fase?*

Kandidatnummer: 574 & 597  
Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave  
i BSY500

Antall ord: 8782  
Dato: 03.01.2023



**Lovisenberg**  
diakonale høgskole

Sammendrag	Lovisenberg diakonale høgskole Dato
Tittel: Smertelindring av palliative pasienter med kreft	
<p><u>Innledning:</u> Temaet for oppgaven er smertelindring til palliative pasienter med kreft som bor hjemme. Med flere i befolkningen som ønsker å få leve den siste tiden hjemme, samt et økt ansvar for kommunene å ta vare på disse pasientene, er dette et relevant tema for dagens sykepleiere. På bakgrunn av dette er problemstillingen for oppgaven: <i>Hvilken kompetanse bør sykepleier ha for å lindre smerter hos hjemmeboende pasienter med kreft i palliativ fase?</i></p> <p><u>Metode:</u> Denne oppgaven er en litteraturstudie som benytter forskning, pensumlitteratur og annen faglitteratur for å belyse problemstillingen. Selvvalgt forskning er funnet ved systematiske søk i den faglige databasen CINAHL. Søket hadde 128 resultater, og det ble valgt ut fem artikler. Fire av disse benyttet kvalitativ forskningsmetode, og én brukte kvantitativ.</p> <p><u>Resultat:</u> Funn i valgt forskning sier at pasientene syntes det var utfordrende å beskrive smerte med ord og bruke kartleggingsverktøy, og forteller også noe om hvordan pasientene vurderte sin egen smertelindring. Sykepleierne fortalte at de manglet tid til å oppdatere seg faglig, og til å følge opp pasientgruppen på den måten som er nødvendig.</p> <p><u>Diskusjon:</u> Resultatene fra valgt forskning diskuteres opp mot presentert teori. Delkapittel 5.1 Helhetlig kartlegging viser styrker og svakheter ved bruk av ESAS, og hva slags kompetanse sykepleieren trenger for å kartlegge pasienters opplevelse av smertelindring. Lindringen pasienten får avhenger av hvilke holdninger og kompetanse sykepleieren har om smertelindring. De utfordrende rammene i hjemmetjenesten som tidspress, dårlig bemanning og manglende fokus på faglig oppdatering diskuteres opp mot forsvarlighetskravet og teori om konteksten. Sykepleier kan bruke sine ferdigheter til å observere om pasienten har behov for mer opplæring og informasjon om medisinene de tar, og på denne måten forebygge feil bruk av medisiner.</p>	

(Totalt antall ord: 277)

## Innholdsfortegnelse

<b>1</b>	<b>Innledning .....</b>	<b>1</b>
1.1	Bakgrunn for valg av tema .....	1
1.2	Sykepleiefaglig relevans .....	1
1.3	Hensikt og problemstilling .....	2
1.4	Avgrensninger .....	2
1.5	Begrepsavklaring .....	2
<b>2</b>	<b>Teori.....</b>	<b>3</b>
2.1	Kreft.....	3
2.2	Smerter .....	3
2.2.1	Kreftsmerter.....	3
2.3	Palliasjon .....	4
2.4	Smertekartlegging.....	4
2.4.1	Edmonton System Assessment Scale .....	4
2.5	Medikamentell smertelindring .....	5
2.6	Hjemmet som arena.....	6
2.6.1	Palliasjon i hjemmet .....	7
2.7	McCormack & McCance's rammeverk for personsentrert sykepleie.....	7
2.8	Sykepleiefaglige rammer.....	8
2.8.1	Sykepleierens funksjon.....	8
2.8.2	Etiske og juridiske rammer.....	9
<b>3</b>	<b>Metode .....</b>	<b>10</b>
3.1	Litteraturstudie.....	10
3.2	Søkeprosessen og utvelgelse av artikler .....	10
3.3	Øvrig fag og forskningslitteratur .....	13
<b>4</b>	<b>Resultater .....</b>	<b>15</b>
4.1	Presentasjon av artiklene i matrise .....	15
4.2	Syntese av resultat .....	23
<b>5</b>	<b>Diskusjon.....</b>	<b>24</b>
5.1	Helhetlig kartlegging av pasienten .....	24
5.2	Medikamentell smertelindring .....	25
5.3	Etiske utfordringer og faglig forsvarlighet i hjemmetjenesten .....	27
5.4	Informasjon og veiledning til pasienten.....	29
5.5	Metodediskusjon.....	31
5.5.1	Litteraturstudie .....	31
5.5.2	Litteratursøk .....	31
5.5.3	Utvelgelse av artikler.....	32
<b>6</b>	<b>Konklusjon.....</b>	<b>35</b>
	<b>Referanseliste .....</b>	<b>36</b>
	<b>Vedlegg 1 .....</b>	<b>42</b>
	<b>Vedlegg 2 .....</b>	<b>45</b>
	<b>Vedlegg 3 .....</b>	<b>48</b>
	<b>Vedlegg 4 .....</b>	<b>51</b>
	<b>Vedlegg 5 .....</b>	<b>54</b>

# 1 Innledning

Innledningen tar for seg bakgrunnen for valget av temaet for oppgaven og hvilken relevans det har for sykepleiefaget. På bakgrunn av dette presenteres oppgavens hensikt og problemstilling. Avgrensninger begrunnes og begrepene som brukes defineres.

## 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Temaet for denne oppgaven er smertelindring i den palliative fasen hos pasienter med kreft som bor i hjemmet. Samhandlingsreformen flyttet oppgaver fra spesialisthelsetjenesten til kommunene, dette har ført til et økt ansvar for kommunene som har tatt over pasienter som tidligere lå lengre på sykehus (Meld. St. 47 (2008–2009), s. 26). Det har i Norge vært en økende forekomst av personer som har blitt diagnostisert med kreft fra 2018 til 2022 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2022) og i 2020 døde nesten 11 000 mennesker av kreft (Kreftregisteret, 2022). I 2021 skjedde 15% av alle dødsfall i Norge i private hjem (Folkehelseinstituttet, 2021). En kommentar i tidsskriftet Sykepleien diskuterer hvordan koronapandemien har ført til et økt behov for kompetanse om palliasjon og hjemmedød i hjemmetjenesten. I frykt for at et familiemedlem måtte dø isolert på institusjon, valgte mange pårørende å la den syke leve hjemme den siste tiden (Johansen, 2021). Med økt ansvar for kommunene må sykepleierne i hjemmetjenesten kunne dekke pasientenes behov i deres siste tid.

## 1.2 Sykepleiefaglig relevans

En forutsetning for at en pasient skal kunne leve sin siste tid i eget hjem vil være at sykepleieren har nok kunnskap til å lindre pasientens smerter. Det er da viktig at sykepleiere har god fag- og erfaringskompetanse i sin rolle slik at pasienten blir sett, forstått og føler seg trygg (Hoem et al., 2022, s. 4). Enhver pasient opplever smerte ulikt, og smertelindringen må derfor være personsentrert. Sykepleieren har en lindrende funksjon som skal bidra til å begrense lidelse ved å blant annet kartlegge smerter, administrere smertestillende og evaluere effekt av tiltakene (Grønseth & Nortvedt, 2022, s. 7-9). En kombinasjon av at flere dør i hjemmet og at kommunene har fått et større ansvar økt ansvar, gjør at sykepleiere møter pasienter med mer komplekse sykdommer. En undersøkelse av tidsskriftet Sykepleien viser at ni av ti sykepleiere i hjemmetjenesten opplevde at pasienter som kom fra sykehus hadde behov for prosedyrer som de ikke hadde kompetanse og opplæring til å håndtere (Morland,

2020). Disse faktorene viser behov for fokus på sykepleiere sin kompetanse om palliasjon og smertelindring, og at dette er et tema som vil fortsette å bli mer aktuelt i årene framover (Helsedirektoratet, 2016, s, 8).

### **1.3 Hensikt og problemstilling**

Hensikten med denne oppgaven er å undersøke hvilken kompetanse sykepleiere bør ha for å kunne bidra til god smertelindring av hjemmeboende pasienter med langtkommen kreft i palliativ fase.

Med bakgrunn i oppgavens hensikt har vi valgt problemstillingen:

*Hvilken kompetanse bør sykepleier ha for å lindre smerter hos hjemmeboende pasienter med kreft i palliativ fase?*

### **1.4 Avgrensninger**

Denne oppgaven vil inkludere pasienter med langtkommen, ikke-kurativ kreft som er i palliativ fase. Det er ikke gjort noen avgrensning for spesifikke krefttyper. Pasientgruppen som er valgt er voksne av alle kjønn. Konteksten er avgrenset til hjemmet, og det er sykepleiere som jobber i hjemmetjenesten som møter pasienten. Grunnet oppgavens omfang er det lagt vekt på fysiske smerter og ubehag som kommer av kreftsykdommen. Psykiske og sosiale utfordringer som følger vil det derfor ikke være fokus på.

### **1.5 Begrepsavklaring**

*Kreft:* Kreft er en sykdom som forårsakes av ukontrollert celledeling som fører til vekst av svulster. Når en ondartet svulst invaderer omkringliggende vev, og kan spre seg til andre deler av kroppen, er sykdommen kreft (Bertelsen et al., 2021, s. 130).

*Smertelindring:* Målet med smertelindring er at pasienten skal ha det så godt som mulig, uten unødvendig lidelse (Danielsen & Berntzen, 2022, s. 443).

*Palliativ fase:* Pasienter i den palliative fase er i en ikke-kurativ del av sykdomsforløpet, hvor fokuset er å lindre pasientene for å gi best mulig livskvalitet i den gjenværende tiden av livet (Helsedirektoratet, 2015).

*Kompetanse:* Begrepet kompetanse omfatter en persons kunnskaper, ferdigheter, holdninger og verdier (Furåker & Nilsson, 2019, s. 13).

## **2 Teori**

Hensikten med dette kapittelet er å gjøre rede for teoretisk kunnskap en sykepleier bør ha i møte med palliative pasienter med kreft. Juridiske og etiske aspekter ved sykepleie til denne pasientgruppen vil bli presentert. McCormack og McCance (2006) sitt rammeverk for personsentrert sykepleie er inkludert i korte trekk for å belyse de delene som er relevante for temaet.

### **2.1 Kreft**

Kreft klassifiseres som en gruppe sykdommer som har ukontrollert celledeling og evne til å invadere vev og organer. Det er flere forskjeller ved tumortyper, men fellestrekket er at cellen har en genskade, som også kan kalles mutasjon (Lorentsen & Grov, 2017, s. 399). Maligne tumorer er celler som har ukontrollert vekst. De er invasive og kan spre seg via lymfebaner, blodstrøm og hulrom til andre organer (Bertelsen et al., 2019, s. 130). Celledeling som sprer seg til andre steder i kroppen kalles metastaser (Utne & Nakken, 2019, s. 106). Prognosen er svært varierende fordi kreftcellene opptrer annerledes etter hvor hissige de er og hvilken krefttype det er. Symptomer kan være betennelsesreaksjoner som feber, kvalme, tretthet og nedsatt matlyst (Kreftforeningen, 2022).

### **2.2 Smerter**

International Association for the Study of Pain (IASP) reviderte i 2020 deres definisjon av hva smerter er for første gang siden 1979: "Smerte er en ubehagelig sensorisk og emosjonell opplevelse som følge av faktisk eller potensiell vevsødeleggelse eller en opplevelse som beskrives på tilsvarende måte" (IASP, 2020). Den nye definisjonen viser til at en skade kan beskrives av personen selv, eller observeres av andre. Denne endringen er gjort for å også favne de som ikke klarer å uttrykke smerte med ord. IASP understreker at smerte er en personlig erfaring som kan påvirkes av psykiske, biologiske og sosiale faktorer (IASP, 2020).

#### **2.2.1 Kreftsmerter**

Smerter som kommer av kreftsykdom kan bestå av både langvarige og akutte smertekomponenter. Smerter kan opptre i alle faser av sykdommen, og blant pasienter med langtkommen kreft trenger 70% behandling for smerter. Fysiske smerter er ofte enklest å forstå og kommer av direkte vevsskade som sykdommen har forårsaket (Winger & Leegaard, 2016, s. 184). De fysiske smertene varierer ut fra tumorens type, utbredelse og lokasjon. En av årsakene for kreftsmerter er for eksempel om svulsten presser på omkringliggende vev. Ved spredning av kreften til andre organer vil det forekomme symptomer og smerter fra disse

organene. Endring i en pasient sine smerter kan skyldes en forandring i tumor eller at det er metastaser (Kongsgaard, 2017, s. 181-182). Gjennombruddssmerter kan oppstå spontant ved aktiviteter som bevegelse, hoste, matinntak eller toalettbesøk. Disse smertene kan være veldig intense, og hurtigheten og varigheten vil variere (Utne & Nakken, 2019, s.130). Slike intense smerter må behandles raskt, før de blir uutholdelige for pasienten (Jangland, 2020, 125).

### **2.3 Palliasjon**

Palliativ behandling gis til pasienter som har en ikke-kurativ sykdom og kort forventet levetid. Behandlingen har fokus på å forbedre livskvaliteten til disse pasientene ved å forebygge og lindre lidelse. Dette innebærer fysiske plager som smerter og andre ubehag. På denne måten skal pasienten kunne leve et så aktivt og givende liv som mulig fram til sin død. World Health Organization (WHO) påpeker at palliativ behandling bør settes i gang så tidlig som mulig. Kreftsmerter kan bli vanskeligere å behandle i den siste fasen dersom de ikke har blitt godt nok lindret tidligere. WHO sin definisjon av palliasjon fra 2002 påpeker at døden er en naturlig del av livet, og at palliasjon ikke har som mål å framskynde den (WHO, 2002, s. 83 & 84).

### **2.4 Smertekartlegging**

Kartlegging av pasientens smerter er grunnlaget for god og tilpasset smertebehandling. Dette skal gjøres kontinuerlig for å hele veien tilse at pasienten har tilfredsstillende effekt av smertelindring (Utne & Nakken, 2019, s. 130). Hvis pasienten ikke sier fra om smerter er det sykepleieren sin oppgave å se etter tegn til smerte hos pasienten. Disse tegnene kan blant annet være grimaser, urolighet, ynking og motstand ved bevegelse (Thoresen & Dahl, 2020, s. 949). Det kan være utfordrende å vurdere kreftsmerter fordi opplevelsen av smerte er forskjellig fra pasient til pasient. Derfor vil det være viktig at de blir trodd når de forteller om sine smerter. Hvor kompleks sykdommen til pasienten er, har en betydning for hvordan smerten oppleves. Kartleggingen av smerter går ut på å vurdere smertens tidsforløp, smertelokasjon, -type, og -intensitet (Utne & Nakken, 2019, s. 130).

#### **2.4.1 Edmonton System Assessment Scale**

Edmonton System Assessment Scale (ESAS) er et av de vanligste spørreskjemaene for å registrere alvorlige symptomer hos palliative pasienter med kreft (Sjøgren, 2015, s. 214). Det kartlegger ti vanlige symptomer for kreftpasienter: smerte, slapphet, døsighet, kvalme, nedsatt matlyst, tungpust, depresjon og angst. Siste symptom er velvære og handler om hvordan pasienten har det med hensyn til sykdommen. Hvert symptom kartlegges ved å bruke

numerisk skala (NRS) hvor pasienten velger et tall mellom 0 og 10. 0 betyr ingen plage og 10 betyr at de har verst tenkelig plage. Det er pasienten selv som beregner hvor de er på skalaen (Utne & Nakken, 2019, s.128). ESAS bør fylles ut regelmessig slik at man kan se eventuelle endringer i symptomene, men også for å se om tiltakene har hatt effekt (Gulsvik & Halvorsen, 2016, s. 587).

## **2.5 Medikamentell smertelindring**

Med utgangspunkt i smertekartleggingen vil det bli bestemt en medikamentell behandling som relateres til smertetype og intensitet. Dette krever kontinuerlig oppfølging og dosejustering (Kongsgaard, 2017, s. 185- 186). Pasienter med kreft sitt behov for smertestillende varierer stort. Behandlingen av smerter skal være målrettet for den enkelte pasient, og ta hensyn til pasientens ønsker. Oppnåelse av god smertekontroll må vurderes ut fra hvilke bivirkninger pasienten opplever, og det er viktig å finne en god balanse mellom effekt og bivirkninger (Kongsgaard, 2017, s. 189).

WHO og IASP har utviklet en veiledning om smertebehandling for pasienter med kreft, som består av en trinnvis økning av behandlingsintensitet i sammenheng med økning av smerter. Veilederen er basert på WHO sin smertetrapp, med et ekstra trinn for avansert smertebehandling, som kan være nødvendig for noen pasienter med kreft (Kongsgaard, 2017, s. 185). Dette trinnet innebærer spinal administrering av opioider i kombinasjon med lokalanestetika. Dette er en spesialistoppgave og utføres på sykehus (Kongsgaard, 2017, s. 193).

Det første trinnet av smertetrappen er for milde til moderate smerter. Disse ønsker man å behandle med ikke-opioide analgetika som Paracetamol eller NSAIDs. Ikke-opioide analgetika brukes i bunnen av all smertelindring, og sterkere preparater vil ofte tas i tillegg til disse. Når pasienten ikke lengre er adekvat smertelindret med ikke-opioide analgetika, går man over til trinn 2 av smertetrappen som innebærer opioider og kombinasjonspreparater. I trinn 2 vil det gjerne brukes det som tidligere har blitt kalt svake opioider.

Ved økende kreftmerter vil det bli behov for trinn 3 på smertetrappen hvor det benyttes sterkere opioider. Dette brukes til kreftpasienter som trenger lindring av moderate til sterke smerter. De hyppigst brukte legemidlene i denne gruppen er Morfin, Oksykodon og Fentanyl. Det er individuell respons på opioider og det er avgjørende å justere dosenivået for best mulig



smertestillende effekt (Kongsgaard, 2017, s. 190). Når grunnmedisineringen ikke lindrer nok, og det oppstår gjennombruddssmerter, kan det være behov for hurtigvirkende opioider. Disse er korttidsvirkende smertestillende og kan administreres som tabletter, mikstur eller injeksjoner. Dersom sykepleiere gir flere hurtigvirkende opioider om dagen bør man vurdere om døgndosen bør justeres ved å rapportere til lege (Sjøgren, 2015, s. 224).

Opioider virker i kroppen på forskjellig måte, men har mange av de samme bivirkningene. Vanlige bivirkninger for opioider er sedasjon, munntørrehet og forvirring. Dette vil gjerne gå over en tid etter oppstart (Klepstad & Kaasa, 2016, s. 431). Sykepleiere som gir opioider må være bevisst på at pasienten kan få respirasjonsdepresjon. Respirasjonsfrekvensen kan bli svært lav, og pusten kan i verste fall stoppe helt (Danielsen & Berntzen, 2022, s. 459-560). Dette kan oppdages ved å observere pasientens pust.

De ulike legemidlene administreres på forskjellig måte. Dersom pasientene ikke kan ta medisiner i tablettform finnes det alternativer som subkutan eller intravenøs infusjon, eller det kan gis rektalt eller transdermalt. Det er en del av sykepleiere sin oppgave å finne ut hvilken administrasjonsform som er mest hensiktsmessig for den enkelte pasient. Det er mest gunstig om en pasient kan ta medisiner peroralt hvis pasienten kan svelge, ettersom depottabletter frigjør virkestoffet gradvis slik at smertelindringen virker over lengre tid (Paz & Seymour, 2008, s. 277). Dersom perorale legemidler ikke er et alternativ finnes det smertepaster som kan legges på huden og har en langtidsvirkende effekt på 72 timer (Felleskatalogen, 2022). Smertepumpe er også et alternativ som brukes for pasienter som har behov for høyere dose av opioider. Den kan administreres subkutan og gir en kontinuerlig dosering i tillegg til bolus som gjør at pasienten kan gi seg selv ekstra doser (Jespersen & Lundorff, 2019, s.269).

## **2.6 Hjemmet som arena**

I problemstillingen for oppgaven er hjemmetjenesten helsetjenestekonteksten hvor sykepleieren møter pasienten. Som følge av samhandlingsreformen skjer mer av dagens behandling av pasienter med kreft poliklinisk, og ansvaret for pasientene overføres fra spesialisthelsetjenesten til kommunene (Meld. St. 47 (2008–2009), s. 26). Det er kommunens ansvar å organisere et forsvarlig helsetilbud til den som har behov for helse og omsorgstjenester (Helse og omsorgstjenesteloven, 2011, § 3). Pasienten vil få et vedtak om tildelt helsehjelp ut fra en helhetsvurdering som gjøres av personens helse- og livssituasjon (Birkeland & Flovik, 2018, s. 26). Hvilken hjelp pasienten får av kommunen blir regnet ut

etter hvor mange timer som er nødvendig for at den enkelte pasient får den pleien de trenger for å dekke sine grunnleggende behov (Molven, 2019, s. 76).

I hjemmetjenesten blir pleie til pasienten utført i hjemmet av sykepleiere eller annet helsepersonell. Å utføre pleie i pasientens hjem kan føles privat og personlig, og det er viktig at sykepleiere utøver arbeidsoppgavene sine med respekt (Birkeland & Flovik, 2018, s. 50 & 51). Ansatte i hjemmetjenesten må respektere det enkelte hjemms verdier, normer og rutiner (Fjørtoft, 2016, s. 31). For å gi pasienten trygghet er det også essensielt med tydelig og nøyaktig kommunikasjon fra hjemmetjenesten når det gis informasjon (Norås, 2017, s. 311). Det kan være store variasjoner i pasientenes bosituasjon, og det kreves erfaring og kreativitet for å kunne ivareta pasientens behov i de forskjellige arbeidsmiljøene man kommer til (Birkeland & Flovik, 2018, s. 51 & 52). De ansatte i hjemmetjenesten arbeider etter strenge tidsskjemaer, og de må prioritere tiden de har til rådighet hjemme hos den enkelte pasient. Dersom de bruker mer tid hos en pasient vil en annen få mindre tid. Dette kan oppleves som vanskelig både av pasientene og de ansatte (Fjørtoft, 2016, s. 164 & 165).

### **2.6.1 Palliasjon i hjemmet**

Å få mulighet til å leve hjemme den siste tiden er et sterkt ønske for mange pasienter som gjennomgår palliativ behandling. Det gjør at pasienten får tilbringe mer tid sammen med familien i et rolig miljø som er kjent for pasienten. Hjemmet inneholder minner og gjenstander som symboliserer trygghet og beskyttelse for de som bor der. Dette vil kunne bidra til å gi pasienten en verdifull avslutning på livet. Helsepersonell, pasient og pårørende bør være åpne om prognose og sykdomsutvikling for å vurdere om pasienten har mulighet til å leve sin siste tid i hjemmet på en verdig måte. I tillegg må kommunen og hjemmetjenesten ha faglig trygge og kompetente ansatte for å gjøre dette mulig (Norås, 2017, s. 321).

## **2.7 McCormack & McCance's rammeverk for personsentrert sykepleie**

McCormack and McCance utviklet rammeverket "The person-centered nursing framework" i hensikt av å kunne måle implementering av personsentrert sykepleie. I rammeverket er det fire hovedelementer som er viktig for utøvelsen. En sykepleiers kompetanse og holdninger er en forutsetning for god pleie. Begrepet kompetanse inneholder ferdigheter og kunnskap som sykepleiere bruker i behandling av pasienten. Sykepleiere skal kommunisere med ulike pasienter og bli forstått, uansett hvilke begrensninger en pasient har. Sykepleiere skal være bevisst sine egne verdier og vise dedikasjon for å hjelpe. En pasient kan være i ulike omgivelser hvor sykepleie blir utført. I dette tilfellet er det pasientens eget hjem og

sykepleiere må ta hensyn til dette. Mellom sykepleiere og pasient er det en prosess som viser hvordan deres forhold utvikler seg over tid. Det handler om å dekke behov, ivareta pasienten sine verdier og inkludere dem i behandlingen slik at utøvelsen blir personsentrert. Resultatet av utøvelsen og hvor tilfreds pasienten er med behandlingen er hvilket utbytte man sitter igjen med. Det vil vise om pasienten føler at sykepleiere har tatt hensyn til deres ønsker og velvære i behandlingen (McCormack & McCance, 2006, s. 475 & 476).

## **2.8 Sykepleiefaglige rammer**

En sykepleiers kompetanse handler om hvilken kunnskap en har, men også om en har ferdighetene til å utføre det. Teori og erfaring er en del av kompetansen som anvendes i utøvelsen av sykepleien (Bentling, 2019, s. 37). Sykepleiere bør ha kunnskap i anatomi og fysiologi, om pasientens medisinske symptomer, diagnose og behandling (Holter, 2019, s. 112). I handlingsprogrammet for palliasjon i kreftomsorgen er det kompetansekrav for hvordan sykepleiere skal behandle og utøve pleie til pasienter med kreft i palliativ fase. Dette innebærer at det stilles krav at sykepleiere skal vite om konsekvenser av sykdom og hvilken behandling pasienten trenger. De skal kunne systematisk kartlegge, observere og evaluere symptomer, lindre smertene og gi veiledning til pasienten i sitt eget hjem (Helsedirektoratet, 2015).

### **2.8.1 Sykepleierens funksjon**

En sykepleier har konkrete funksjoner som skal prege hvordan sykepleien utføres og hvordan pasientene skal ivaretas. For denne oppgaven er lindrende og veiledende funksjon mest relevant. Sykepleierens lindrende funksjon går ut på å begrense all lidelse og bidra til en verdig død. Dette innebærer å følge legens forordninger ved å utføre medisinsk behandling. En sykepleier har en viktig rolle i håndtering av opioider og hvordan det skal brukes for å lindre pasienter (Indelicato & Layman-Goldstein, 2019, s. 479). I tillegg må sykepleieren ha fokus på pasientens livskvalitet og egne opplevelser rundt helse og smerte (Grønseth & Nortvedt, 2022, s. 7-9). Sykepleieren har ansvar for å iverksette tiltak ved for eksempel plagsomme bivirkninger (Reitan, 2017, s. 42 & 43).

Den veiledende sykepleiefunksjonen handler om å undervise, veilede og informere pasienter. Sykepleiere som har god teoretisk kunnskap og kompetanse om temaet framstår som troverdige og skaper trygghet for pasienten (Groven & Wiig, 2018, s. 202). Sykepleiere har et ansvar for å gi pasienten tilstrekkelig veiledning og informasjon om sykdom, behandling og

bivirkninger. Målet med dette er at pasienten skal ha nok innsikt og kunnskap om egen tilstand for å kunne medvirke i beslutninger som omhandler egen helse (Tveten, 2021, s. 450 & 451).

### **2.8.2 Ethiske og juridiske rammer**

Helsepersonell skal utføre faglig forsvarlig pleie. Den enkelte sykepleier har ansvar for at yrkesutøvelsen man utfører er omsorgsfull, faglig kompetent, og tar utgangspunkt i pasientens behov (Norsk sykepleierforbund, 2018, s. 11-12). Helsepersonelloven sier at “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 situasjonen for øvrig.” (Helsepersonelloven, 1999, § 4). For å kunne oppfylle kravene om faglig forsvarlig sykepleie, påpeker Norsk sykepleierforbund (NSF) sine yrkesetiske retningslinjer at sykepleiere skal være oppdatert på forskning og utvikling innenfor sitt fagområde og anvende dette i praksis (NSF, 2019). Helsedirektoratet (2015) har laget et handlingsprogram bestående av nasjonale faglige råd til palliasjon i kreftomsorgen. Det gir en indikasjon for hvilke rammer sykepleiere bør jobbe innen, for å kunne utøve sykepleie til palliative pasienter.

Viktigheten av å ivareta den enkelte pasient sitt behov for helhetlig omsorg er omtalt i de yrkesetiske retningslinjene (NSF, 2019). Dette kan derimot være utfordrende ved palliativ behandling, da det ofte ikke er tydelig hva som er det beste for pasienten. Sykepleiere skal ta utgangspunkt i ikke-skade-prinsippet, som sier at det er pliktetisk å minimalisere smerte og ubehag (Nortvedt, 2021, s. 86). For å kunne gjøre dette er det viktig å lytte til hva pasienten ønsker ut fra hvordan de opplever effekten og bivirkningene ved smertelindringen (Nortvedt, 2021, s. 186-188).

Pasienter har mange rettigheter. De skal få tilbud om å bli involvert i valg som angår egen behandling (Molven, 2019, s. 88). Dette er forankret i Pasient og brukerrettighetsloven som sier at pasienten skal få medvirke ved å velge mellom “tilgjengelige og forsvarlige tjenesteformer og undersøkelses- og behandlingsmetoder.” (Pasient og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-1). Denne loven henger tett sammen med pasientens rett til å få informasjon om egen helsetilstand, behandling og mulige bivirkninger (Pasient og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-2). Dette skal sikre at enhver pasient får samme kvalitet i helsehjelpen de mottar, men også at de presenteres for alle forsvarlige behandlingsoalternativer (Molven, 2019, s. 88).

### 3 Metode

Dette kapittelet beskriver litteraturstudie som metode, søkeprosessen som er gjort for å finne relevante forskningsartikler, og hvilke inklusjonskriterier for artikler som er brukt. Til slutt presenteres fag og forskningslitteratur som er benyttet i teorikapittelet.

#### 3.1 Litteraturstudie

Denne oppgaven er en litteraturstudie. Den skal analysere resultatene av flere forskningsartikler for å beskrive kunnskapen som finnes om et tema, og finne ut av hvordan denne kunnskapen kan benyttes i praksis. Den valgte problemstillingen ville undersøke hvilken kompetanse sykepleiere trenger. Av den grunn var det mest hensiktsmessig å finne artikler med en kvalitativ metode (Popenoe et al., 2021). Kvalitativ metode kjennetegnes ved at forskningen går i dybden og får detaljert informasjon fra få deltakere (Dalland, 2020, s. 54-55). Oppgaven har også benyttet én forskningsartikkel med kvantitativ metode. Denne artikkelen har brukt analyse av intervju som forskningsmetode, og resultatene presenteres som diskusjon (Ehrlich et al., 2022).

Dataen i forskningsartiklene ble analysert ved å bruke arbeidsmetoden som beskrevet i Popenoe et al. (2021). Denne prosessen ble utført av begge kandidatene. Det ble gjort en systematisk gjennomgang av de valgte artiklene hvor funnene som var relevante for problemstillingen ble identifisert og markert. Videre ble denne dataen lagt inn i en tabell, oppsummert og brutt ned til koder. Disse funnene ble så gruppert tematisk i kategorier, og ble videre hovedfunnene som diskusjonskapittelet tar for seg.

#### 3.2 Søkeprosessen og utvalgelse av artikler

**Tabell 1: tabell for søkehistorikk og utvalg av artikler**

<b>Database og dato for søk</b>	CINAHL, 03.11.2022
<b>Søkeord og kombinasjoner</b>	(“Palliative care” OR “Oncologic nursing/PF”) AND (“Cancer patients” OR “Cancer pain/NU/TH”) AND (“Hospice and palliative nursing/PF” OR “Pain management” OR “Analgesia”)

<b>Avgrensinger i søket</b>	År 2014-2022
<b>Antall treff totalt</b>	128
<b>Antall gjennomleste titler</b>	128
<b>Antall gjennomleste abstrakt</b>	15
<b>Antall gjennomleste fulltekstartikler</b>	5
<b>Antall artikler som kan inkluderes basert på inklusjons- og eksklusjonskriterier</b>	5
<b>Ytterligere inklusjons- eksklusjonskriterier</b>	Ikke aktuelt
<b>Antall artikler inkludert i litteraturstudien</b>	5

<b>Inkludert artikkel nummer 1</b>	<p>Gibbins, J., Bhatia, R., Forbes, K. &amp; Reid, C. M. (2014). What do patients with advanced incurable cancer want from the management of their pain? A qualitative study. <i>Palliative Medicine</i>. 28(1), 71-78.</p> <p><a href="https://doi.org/10.1177/0269216313486310">https://doi.org/10.1177/0269216313486310</a></p>
<b>Inkludert artikkel nummer 2</b>	<p>Sønning, H. Ervik. &amp; Fossum. (2020). «Jeg gråter noen tårer hver dag»: En fenomenologisk studie av hjemmeboende kreftpasienters beskrivelse av deres livssituasjon i palliativ fase. <i>Nordisk Tidsskrift for Helseforskning</i>. 16(1), 121-136.</p> <p><a href="https://doi.org/10.7557/14.4319">https://doi.org/10.7557/14.4319</a></p>
<b>Inkludert artikkel nummer 3</b>	<p>Hackett, J., Godfrey, M. &amp; Bennet. M. I. (2016). Patient and caregiver perspectives on managing pain in advanced cancer: A qualitative longitudinal study. <i>Palliative Medicine</i>. 30(8), 711-719. <a href="https://doi.org/10.1177/0269216316628407">https://doi.org/10.1177/0269216316628407</a></p>
<b>Inkludert artikkel nummer 4</b>	<p>Molnes, S. I. (2014). Sykepleieres erfaringer med smertelindring til hjemmeboende kreftpasienter. <i>Nordisk Sygeplejeforskning</i>. 4(2), 142-156.</p> <p><a href="https://doi.org/10.18261/ISSN1892-2686-2014-02-0">https://doi.org/10.18261/ISSN1892-2686-2014-02-0</a></p>
<b>Inkludert artikkel nummer 5</b>	<p>Ehrlich, O. Schweitzer, N. S. &amp; Berry, D. L. (2022). Functional Goals and How Palliative Patients With Cancer Managed Pain. <i>Pain Management Nursing</i>. 23(5), 640-645.</p> <p><a href="https://doi.org/10.1016/j.pmn.2022.02.004">https://doi.org/10.1016/j.pmn.2022.02.004</a></p>

Søkeperioden som resulterte i det endelige søket beskrevet i tabell 1, ble gjennomført fra 25. oktober 2022 til 3. november 2022. De preliminære søkene ble gjort i databasene CINAHL, Pubmed og Idunn. Det ble gjort brede søk innenfor valgt tema for å finne hvilke gjentakende nøkkelord i artikler som var relevante for å besvare problemstillingen. Vi identifiserte hvilke nøkkelord som tilhørte samme kategori og kombinerte disse med “OR”. De tre kategoriene vi

endte opp med ble så kombinert med “AND” for å spesifisere søket. Nøkkelordene ble brukt i et endelig strukturert søk i CINAHL med søkeordene: (“Palliative care” OR “Oncologic nursing/PF”) AND (“Cancer patients” OR “Cancer pain/NU/TH”) AND (“Hospice and palliative nursing/PF”) OR (“Pain management” OR “Analgesia”). Avgrensningene som ble gjort i søket var tidsperioden 2014-2022. Dette ga 128 resultater. Av disse ble de fleste ekskludert basert på tittel og nøkkelord, grunnet manglende relevans for oppgavens problemstilling. Vi leste gjennom 15 abstrakt og fem fulltekstartikler. Fem artikler fra dette søket passet inklusjonskriteriene for oppgaven og ble tatt med. Artikkene er fagfellevurderte og publisert i anerkjente tidsskrifter.

**Tabell 2: Inklusjonskriterier**

<b>Inklusjonskriterier</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Voksne over 18 år av alle kjønn</li> <li>• Hjemmeboende pasienter</li> <li>• Pasienter med ikke-kurativ kreft som får palliativ behandling</li> <li>• Medikamentell smertelindring</li> <li>• Forskning skrevet på norsk eller engelsk</li> <li>• Forskning utført i vestlige land</li> </ul>

Oppgavens problemstilling inkluderer hjemmeboende pasienter med ikke-kurativ kreft som er under palliativ behandling. Det er inkludert artikler som forsker på voksne over 18 år av alle kjønn. Forskningsartikler som ser på spesifikke kreftdiagnoser er ikke tatt med i oppgaven. Siden pasientgruppen er i palliativ fase er det valgt å fokusere på forskning som handler om medikamentell smertelindring. Oppgaven tar utgangspunkt i hjemmet som kontekst ettersom palliativ behandling oftest skjer i pasientens hjem (Helsedirektoratet, 2015). Det er derfor ekskludert forskning som er utført i hospice eller på sykehus, da dette faller utenfor oppgavens kontekst. Det er valgt forskning utført i vestlige land skrevet på norsk eller engelsk.

### **3.3 Øvrig fag og forskningslitteratur**

Det er brukt tidligere pensumlitteratur fra studieløpet og andre fagbøker for å finne teori som belyser oppgavens problemstilling. Dette delkapittelet inneholder hvilken litteratur som hovedsakelig benyttes, resterende faglitteratur kommer frem i referanselisten. Boken



“*Kreftsykepleie: pasient, utfordring, handling*” av Reitan & Schjølberg (2017) ble benyttet for å finne teori om sykepleie til pasienter med kreft i hjemmet og lindring av kreftsmarter. Vi har brukt boken “*Sykepleie i hjemmet*” av Birkeland & Flovik (2018) for å utforske dypere hvordan sykepleie utføres i hjemmet. I boken “*Utøvelse av klinisk sykepleie: Sykepleieboken 3*” av Utne & Nakken (2019) beskrives smertekartlegging og bruken av ESAS for å se hvordan sykepleiere med kartlegging kan gi god smertelindring. Rammeverket “*The person-centered nursing framework*” av McCormack og McCance (2006) belyste temaet om å utøve personsentrert sykepleie, og tar for seg fire hovedelementer for å oppnå dette.

Informasjonen vi ikke har klart å finne i faglitteratur, ble det istedenfor brukt fag- og forskningsartikler for å finne. Det har blant annet blitt brukt forskning fra tidsskriftet *Sykepleien*. I oppgaven er aktuelle lovverk, fagrapporter fra Helsedirektoratet og yrkesetiske retningslinjer fra Norsk sykepleierforbund benyttet for å understøtte tema, sykepleiers ansvar og pasienters rettigheter.

## **4 Resultater**

Dette kapitlet presenterer forskningsartiklene som er valgt for å belyse oppgavens problemstilling. Resultatene oppsummeres i artikkelmatrise som blant annet viser artiklens hensikt, design og funn. I tillegg sammenfattes resultatene som en syntese.

### **4.1 Presentasjon av artiklene i matrise**

**Tabell 3: Artikkelmatrise**

<b>Database</b>	<b>Forfatter, årstall, land</b>	<b>Tittel</b>	<b>Hensikt</b>	<b>Design/metode</b>	<b>Funn</b>	<b>Kvalitetsvurdering</b>
CINAHL	Gibbins, J., Bhatia, R., Forbes, K. & Reid, C. M, (2014), Storbritannia	What do patients with advanced incurable cancer want from the management of their pain? A qualitative study	Hensikten med studien var å undersøke hvordan pasienter med langtkommen kreft beskriver kontroll av smertene deres, og hva de ønsker fra deres smertebehandling.	Kvalitativt design. Semi-strukturerte intervju utført stedlig. 12 deltakere med langtkommen kreft som hadde opplevd smerter deltok.	Pasientene forsøkte å fortsette med sine daglige aktiviteter på tross av smerter. Deres ønske var å leve normalt og opprettholde forhold med venner og familie. Pasientene forventet ikke at smertene skulle forsvinne helt med smertelindring. De tok ofte mindre smertestillende enn ordinert, i hensikt for å holde smertene under kontroll heller enn å bli smertefri. Pasientene syntes det var utfordrende	Kvalitativ sjekkliste, 8/9

					å rapportere om smertene sine til helsepersonell.	
CINAHL	Sønning, H. E. & Fossum, M. (2016), Norge	“Jeg gråter noen tårer hver dag”: En fenomenologisk studie av hjemmeboende kreftpasienters beskrivelse av deres livssituasjon i palliativ fase	Hensikten med denne studien var å få økt kunnskap om hva som kan bidra til god palliativ omsorg ved å undersøke hvordan hjemmeboende pasienter med kreft i palliativ fase opplevde sin livssituasjon.	Kvalitativt design. Individuelle dybdeintervju med en fenomenologisk forskningsmetode. Åtte pasienter med avsluttet kurativ behandling og som bodde hjemme ble rekruttert.	Funn i studien viste at pasientene hadde behov for å bli lyttet til og respektert av helsepersonell, og det var viktig for dem at de hadde tid til samtale. Deltakerne fortalte også om opplevelser av at helsepersonell trampet over private grenser med inngående spørsmål, noe som skapte økt lidelse og angst. Pasientene ønsket mer informasjon i dialog med helsetjenesten.	Kvalitativ sjekkliste, 9/9
CINAHL	Hackett, J., Godfrey, M.	Patient and caregiver	Å utforske pasienter og pleiere sine	Kvalitativ metode. Stedlig intervju på	Pasientene fortalte at mangel på effekt av	Kvalitativ sjekkliste, 9/9

	<p>&amp; Bennet, M. (2016), Storbritannia</p>	<p>perspectives on managing pain in advanced cancer: A qualitative longitudinal study</p>	<p>erfaringer med videreutviklet kreftmerter og prosessen av å håndtere smertene.</p>	<p>hospice eller kreftsenter med 21 pasienter med videreutviklet kreftmerter og 16 pleiere fra onkologisk poliklinikk.</p>	<p>smertelindring påvirket humøret og de følte seg hjelpeløse. For pasienter med komplekse og konstante smerter var bruk av forskjellige administrasjonsformer benyttet for å lindre smertene. Deltagerne følte derimot ikke at de hadde smerten under kontroll fordi legemidlene ikke lindret de ulike formene for smerte de hadde. Dette skapte et spørsmål om det var verdt å ta medisiner. Noen pasienter manglet kunnskap om hvordan smertestillende kunne forebygge smerter før de oppsto.</p>	
--	---	---	---	--	--	--

CINAHL	Molnes, I. (2014), Norge	Sykepleieres erfaringer med smertelindring til hjemmeboende kreftpasienter	Hensikten med studien var å undersøke hvordan sykepleiere ser på sin egen kompetanse knyttet til smertelindring av hjemmeboende kreftpasienter.	Kvalitativt design. Halvstruktureerte, individuelle intervju med 10 sykepleiere som hadde jobbet minst 1 år i hjemmetjenesten.	Sykepleierne fortalte at det i hjemmetjenesten var lav bemanning i forhold til pleietyngde, og at pasientene ikke fikk den oppfølgingen de trengte. Dårlig tid førte til at de ikke fikk observert effekten av smertestillende de ga og bivirkninger hos pasientene sine. Sykepleiernes holdninger påvirket når de ga smertestillende, noen ønsket ofte å vente når andre ga. I tillegg vegret noen seg for å gi Morfin, i frykt av å gi for mye. Sykepleierne opplevde at de ikke hadde mulighet til	Kvalitativ sjekkliste, 9/9
--------	-----------------------------	--	---	--	---	----------------------------

					å oppdatere seg faglig slik de ønsket. De ønsket å starte kollokvi gruppe for å øke kompetansen ved å benytte hverandres erfaringer.	
CINAHL	Ehrlich. O., Schweitzer. N. S. & Berry, D. L. (2022), USA	Functional goals and how palliative patients with cancer managed pain	Å beskrive motiverende faktorer og hvilke smertelindrings metoder som er brukt.	Kvantitativ innholdsanalyse. Det ble utført 4 motiverende intervju som ble transkribert og kodet til innholdsanalyse. Deltagerne var 27 voksne pasienter som ble valgt ut fra en poliklinikk for palliative pasienter.	Deltagerne fortalte at smerte kan skape hindringer i livene deres. Disse hindringene kunne være at de hadde lite energi og ikke fikk gjort hverdagslige aktiviteter. Deltagerne fortalte at ved god smertelindring hadde de energi til å trene, gjøre bruke tid med venner og familie eller gjøre husarbeid. For god smertelindring var det	Sjekkliste for vurdering av prevalensstudie, 9/11

					bruk av ett eller flere medikamenter og god planlegging av når de skulle brukes som ga effekt for å lindre smerter.	
--	--	--	--	--	---	--



## 4.2 Syntese av resultat

Funn i artiklene sier noe om hvilket behov pasientene har for egen smertelindring. Deres ønske var å kunne utføre hverdagslige aktiviteter og være sosiale med familie og venner. Videre kom det frem at pasientene fikk en økt følelse av trygghet når helsepersonell tok seg tid til å prate med dem. Det var utfordrende for pasientene å fastslå hvor sterke smertene deres var på en skala fra 0 til 10, og de slet derfor med å bruke NRS. Det kom også frem at pasientene hadde vanskeligheter med å beskrive smertene sine med ord. Flere pasienter fortalte at smertelindringen ikke hadde god nok effekt. Noen av dem valgte derfor å ikke ta smertestillende som ordinert fordi de ikke så hensikten i det. Sykepleierne syntes det var tidkrevende å bruke kartleggingsverktøy og å følge opp smertelindringen i en presset arbeidshverdag. De uttalte også et ønske om å ha mer tid til å oppdatere seg faglig.

## 5 Diskusjon

Resultatene fra forskningsartiklene som er presentert i kapittel 4 diskuteres opp mot det teoretiske, etiske og juridiske grunnlaget som er beskrevet i kapittel 2. Med bakgrunn i dette skal oppgaven forsøke å besvare problemstillingen: *“Hvilken kompetanse bør sykepleier ha for å lindre smerter hos hjemmeboende pasienter med kreft i palliativ fase?”*.

Resultatdiskusjonen er strukturert etter hovedfunnene i forskningen. Først vil oppgaven se på hvordan sykepleieren kan kartlegge pasientens smerter ved bruk av kartleggingsverktøy, og med bakgrunn i pasientens egen opplevelse av smerter. Videre diskuteres bruk av opioider, og hvordan ulike holdninger til sterke smertestillende, påvirker medikamentell smertelindring. Til slutt diskuteres utfordringer en kan møte på i hjemmetjenesten og hvordan sykepleiere skal håndtere disse, samt hvorfor pasientene hadde behov for veiledning og informasjon av sykepleiere.

### 5.1 Helhetlig kartlegging av pasienten

Smerte er en personlig opplevelse for pasienter. En kan forsøke å forstå deres smerter, men det er pasienten selv som har mest kunnskap om sin opplevelse av smerte. Ved kartlegging hører sykepleier på hva pasienten sier og gjør for å få en helhetlig forståelse av smertene (Nortvedt & Ljoså, 2021, s. 31). Erlich et al. (2022) skriver at pasientene følte at smerte tok mye fokus og energi, som førte til at de ikke klarte å gjennomføre hverdagslige aktiviteter (s. 644). Gibbins et al. (2014) hadde et lignende syn hvor pasientene vurderte om de var smertelindret ut fra om de kunne gjøre husarbeid eller være med venner og familie (s. 74). Hackett et al. (2016) støtter også dette og fant at pasientene sin velvære ble påvirket negativt når smerten hindret dem i å gjøre aktiviteter som hagearbeid eller å handle i butikken (s. 716). Dette kan tolkes som at pasientene følte seg adekvat smertelindret når de kunne gjøre hverdagslige aktiviteter. Sett i lys av dette bør sykepleiere ta hensyn til hvilken funksjon pasientene ønsker å ha i når de utfører smertekartlegging.

En del av rammeverket til McCormack og McCance (2006) handler om hvilke forutsetninger sykepleiere bør ha av kunnskap og erfaring for å kunne utøve omsorgen pasienten har behov for (s. 475). Kartleggingsverktøyet ESAS brukes av palliative pasienter med kreft for å kartlegge og vurdere alvorlighetsgraden av deres symptomer. For å kartlegge endringer av symptomene må dette gjøres kontinuerlig. Dette gjør at man kan fange opp forverringer, men også se om behandlingen har tilfredsstillende effekt (Gulsvik & Halvorsen, 2016, s. 587). En del av sykepleiers forutsetninger bør være å ha kunnskap i hvordan kartleggingsverktøyet

ESAS fungerer. Dette betyr å kartlegge smertene til pasienten ut fra hva pasienten sier, men også observere pasientens ansiktsuttrykk, rastløshet og funksjon i hverdagen (Nortvedt & Ljoså, 2021, s. 31). Sykepleiere trenger nok kompetanse for å kunne observere disse tegnene og vite hva det betyr for den enkelte pasient. En utfordring med dette er at sykepleiere ikke alltid er til stede og får ikke observert pasienten kontinuerlig. Dette innebærer at sykepleiere bør disponere tiden godt ved hvert tilsyn for å kunne danne seg et helhetlig bilde av hvordan hverdagen til pasienten ser ut når sykepleieren ikke er der.

Gibbins et al. (2014) fant at pasientene syntes det var utfordrende å kommunisere om smertene sine til helsepersonell og forklare hvordan det føltes. Dette gjaldt også for bruk av NRS som kartleggingsverktøy. En deltaker mente at det var vanskelig å sette et nøyaktig nummer på smertene sine når det var mellom 0 og 10. I motsetning til hvilken hensikt kartleggingsverktøy skal ha, synes ikke pasientene NRS var et nyttig verktøy for å beskrive smertene sine (s. 75). Som nevnt var det for pasientene mer hjelpsomt å evaluere smertelindringen sin ut fra hvilken funksjon de hadde. Disse funnene kan brukes til å forbedre rutine rundt hvordan sykepleiere spør pasientene sine om smerter. ESAS er et nyttig verktøy for å kartlegge symptomer til pasienter, og sykepleiere bør ha kunnskap i hvordan det brukes (Utne & Nakken, 2019, s. 128). Derimot viser funnene at å kun bruke ESAS ikke er tilstrekkelig for å fange pasientens opplevelse av smerter. Det kan tolkes at sykepleiere sin kunnskap ved bruk av ESAS er viktig, men at det også er essensielt å kartlegge funksjonen pasientene ønsker i hverdagen da det er det som er viktigst for dem.

## **5.2 Medikamentell smertelindring**

Sykepleiere har en viktig rolle for pasienter når det kommer til bruk og håndtering av opioider (Indelicato & Layman-Goldstein, 2019, s. 479). Det er flere bivirkninger ved opioider som sedasjon, munntørrhet, forvirring og respirasjonsdepresjon (Danielsen & Berntzen, 2022, s. 459-560). Sykepleier skal sørge for at det blir gitt riktig dose slik at bivirkninger ikke oppstår, og eventuelt iverksette tiltak for å behandle bivirkningene (Klepstad & Kaasa, 2016, s. 431). I Molnes (2014) fortalte sykepleierne at den enkeltes holdning til smertestillende påvirket hvordan pasientene ble smertelindret. For eksempel var det noen som vegret seg for å gi Morfin fordi de var redde for å gi for mye (s. 149). Dette funnet kan tolkes som at det er manglende kompetanse hos sykepleiere, noe som kan påvirke deres avgjørelse rundt når de skal gi Morfin. I studien til Ehrlich et al. (2022) fortalte pasientene at for god smertelindring var det bruk av ett eller flere medikamenter og god planlegging av når de skulle brukes som

ga effekt (s. 644). Pasienter har ulike ønsker ved smertelindring og det er viktig at sykepleiere tar hensyn til enhver pasient sitt ønske. For å kunne imøtekomme dette bør sykepleiere ha kunnskap i bruk av ulike opioider, deres effekt, bivirkninger og hvilket tidspunkt pasienten skal ta dem. Dette kan bidra til at sykepleieren er tryggere når de skal gi opioider.

Pasienten kan få intense gjennombruddssmerter som oppstår spontant (Utne & Nakken, 2019, s. 130). Ved slike smerter som kommer på tross av grunnmedisinering, vil hurtigvirkende smertestillende bli tatt i bruk (Sjøgren, 2015, s. 224). Det kom fram i Molnes (2014) at det er forskjeller på når sykepleierne ønsket å gi ekstra smertelindring for gjennombruddssmerter. Noen ville gi smertestillende med en gang, og andre mente det var best å avvete situasjonen for å se om smertene ga seg (s. 148). I lys av konteksten vil det være flere utfordringer ved å gi ekstra smertelindrende, da det ofte vil være flere timer til neste gang sykepleieren kommer på tilsyn. Dersom sykepleieren velger å ikke gi smertestillende kan smerteintensiteten øke betraktelig fram til neste besøk, og dette vil påvirke pasienten negativt. Hvis sykepleieren derimot gir ekstra smertestillende kan det oppstå bivirkninger etter sykepleieren har dratt, noe som også vil være negativt for pasienten. Som sykepleier skal man i pleien og behandlingen sørge for at man ikke utsetter pasienten for unødvendig smerte. I dette tilfellet står man mellom å lindre pasienten for smerter ved å gi smertestillende, eller å skåne pasienten fra å ta smertestillende som de eventuelt ikke hadde behov for (Nortvedt, 2021, s. 86). For å vurdere når ekstra smertestillende skal gis bør sykepleier ta hensyn til ikke-skade-prinsippet. I pleie av pasienten skal man sørge for å lindre smerter og utføre prosedyrer på en skånsom måte. Det er pliktetisk at sykepleiere har kunnskap om å lindre pasientens smerter, men også om når man ikke skal gi ekstra medisiner som kan gi sterke bivirkninger (Nortvedt, 2021, s. 86).

Når pasientene hadde behov for smertelindring på trinn 3 på WHO's smertetrapp, fant Molnes (2014) at noen av sykepleierne foretrakk å bruke smerteplaster istedenfor å gi opioider på smertepumpe eller som injeksjoner. De begrunnet dette med at å administrere plaster sparte ressurser fordi det kun skal byttes hver tredje dag, og det ikke er behov for dobbelkontroll (s. 148-149). Det er sykepleierens ansvar å finne hvilken administrasjonsmåte som er mest hensiktsmessig for den enkelte pasient. Perorale legemidler brukes ofte så lenge pasienten greier å svelge medisiner og dette gir god nok effekt (Paz & Seymour, 2008, s. 277). Etter hvert som sykdommen utvikler seg vil pasienten ha behov for sterkere smertestillende og mer hurtigvirkende medisiner ved gjennombruddssmerter (Kongsgaard, 2017, s. 191). Dette krever tett oppfølging fra sykepleierne i hjemmetjenesten. Smerteplasteret gir en kontinuerlig

effekt gjennom 72 timer (Felleskatalogen, 2022), det er derfor gunstig å bruke for sykepleiere som har begrenset med tid. Det krever derimot at sykepleierne har kompetanse om bruken av smertepaster og vet hvordan det lindrer pasientene. Sykepleiere trenger kunnskap om når andre administrasjonsformer bør tas i bruk for å lindre pasienten sine smerter, samt ferdigheter om hvordan de brukes.

### **5.3 Ethiske utfordringer og faglig forsvarlighet i hjemmetjenesten**

Forsvarlighetskravet sier at helsepersonell er pliktig i at pleien man utøver er i tråd med de kravene for faglig forsvarlighet som kan forventes ut fra pleierens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og arbeidet for øvrig (Helsepersonelloven, 1999, § 4). Sykepleien som gis skal være basert på pasientens behov, den skal være omsorgsfull og bygget på faglig kompetanse (NSF, 2018, s. 11-12). Dette kapitlet skal se på noen av utfordringene som finnes for sykepleiere i hjemmetjenesten, og hvilke kunnskaper og ferdigheter de trenger for å gi forsvarlig pleie med rammene for konteksten.

Forskningen viste at sykepleierne i hjemmetjenesten hadde et ønske om å oppdatere seg faglig, men at de manglet tid til dette (Molnes, 2014 s. 147). Viktigheten av faglig oppdatering understrekes i NSF sine yrkesetiske retningslinjer, som sier at sykepleiere har ansvar for å holde seg oppdatert på forskning og tilføre ny kunnskap for den aktuelle pasientgruppen i praksis (NSF, 2019). Dette ansvaret var det vanskelig for sykepleierne som ble intervjuet i Molnes (2014) å oppnå grunnet mangel på ressurser (s. 147). Konsekvensen kan være at sykepleierne er faglig utdaterte, og dermed kan utføre pleie av dårligere kvalitet. For å unngå dette og la sykepleierne få mulighet til faglig oppdatering bør rutinene på arbeidsplassen endres slik at det prioriteres tid til dette.

Sykepleierne opplevde at det var for lav bemanning i forhold til pleietyngden i hjemmetjenesten. Det hendte at sykepleierne måtte prioritere noen oppgaver over andre, utsette eller hoppe over arbeidsoppgaver grunnet tidspress. Videre fortalte de at det var en mangel på sykepleiekompetanse i hjemmetjenesten som gjorde at sykepleierne ikke hadde mulighet til å følge opp palliative pasienter på den måten de har behov for (Molnes, 2014, s. 148). Kartlegging av smerter og evaluering av effekt og bivirkninger av medisiner skal gjøres kontinuerlig for å sørge for optimal smertelindring (Utne & Nakken, 2019, s. 130). Med de forutsetningene som sykepleierne i Molnes (2014) beskrev vil det være utfordrende å følge opp pasientene så tett som de burde (s. 148). Konsekvensen av dette kan være at pasientene

får dårligere smertelindring. For at tjenestene til disse pasientene fortsatt skal kunne anses som forsvarlige, er det viktig med faglig kompetent personell. Sykepleiere bør derfor ha kunnskap og ferdigheter til å gi effektiv og god oppfølging av smertelindring i den begrensede tiden de har til rådighet.

Samhandlingsreformen har ført til en økning i pasienter som mottar hjemmetjeneste, og de blir tidligere sendt hjem fra sykehus. Dette fører til at pasienter med mer sammensatte tilstander og større pleiebehov blir overført til hjemmetjenesten. På tross av at antall ansatte i kommunehelsetjenesten har økt siden reformen (Helsedirektoratet, 2016, s. 8), viser forskningen at det fortsatt er en mangel på ressurser og kompetent personell (Molnes, 2014, s. 148). Det er derfor viktig at blir et økt fokus på kompetanseheving blant sykepleiere i hjemmetjenesten, slik at forsvarlighetskravet opprettholdes. Sykepleierne i Molnes (2014) så nyttigheten i å bruke hverandres erfaringer for å lære. De ønsket seg et forum hvor de kunne sette av tid til faglig oppdatering. Sykepleierne hadde gode erfaringer med kollokviegrupper, og foreslo dette som et tiltak som kunne benyttes for å heve kunnskapen til seg selv og sine kollegaer (s. 147).

McCormack og McCance sitt rammeverk inkluderer omgivelser som en forutsetning for å kunne gi personsentrert pleie. Sykepleieren må kunne gi omsorgen pasienten har behov for, ut fra rammene av hver pasient sitt hjem (McCormack & McCance, 2006, s. 475). Tid er en sentral rammefaktor for ansatte i hjemmetjenesten, og tidspress er en utfordring for mange som kan være et hinder for å gi personsentrert sykepleie. Man jobber etter vedtak som har anslått hvor mye tid som er nødvendig for å gjennomføre tiltakene (Fjørtoft, 2016, s. 164). Pasientene som ble intervjuet i Sønning & Fossum (2020) hadde forskjellige opplevelser av hvordan sykepleiernes tidspress påvirket omsorgen de fikk. De hadde forventninger om at helsepersonellet skulle ta seg tid til samtale, og påpekte at dette var viktig for deres følelse av trygghet. For noen var behovet for samtale større enn behovet for sovemedisin. En pasient sa “Jeg trengte samtale, for jeg var alene. Jeg trengte det veldig, og de hadde ikke tid.” (Sønning & Fossum, 2020, s. 7). En annen fortalte at omsorgen sykepleierne hadde vist henne gjorde at dagene ble lettere, og at de alltid hadde tid dersom hun ringte og ba om hjelp (Sønning & Fossum, 2020, s. 7). Dette viser viktigheten av at sykepleiere er til stede i samtalen. Sykepleiere bør ha evnen til å kunne prioritere tid til samtale hos pasientene som har behov for det, samt kunnskapen til å bruke denne samtalen til å observere og vurdere tegn til smerte hos pasienten.

Å arbeide i andre menneskers hjem stiller andre krav til sykepleierens kompetanse enn når man møter pasienten på sykehus eller i sykehjem. Sykepleiere må ha kunnskap om hjemmets betydning og hvordan det påvirker forholdet til den de skal hjelpe. Hjemmet kan føles privat og er for pasienten et symbol på selvstendighet og kontroll. Denne kontrollen må pasienten delvis gi slipp på når hjemmetjenesten kommer. Det er derfor viktig at sykepleiere har respekt for pasienten og dens hjem ved å vise at de har forståelse for at det er sårbart å være avhengig av pleie i sitt eget hjem (Fjørtoft, 2016, s. 27- 33). I Sønning & Fossum (2020) fortalte en pasient at noen helsepersonell trampet over grenser med kommentarer, refleksjoner og personlige spørsmål om hvordan pasienten hadde det psykisk. Pasienten fortalte at dette førte til økt lidelse. En annen fortalte at dersom sykepleieren uttrykte forståelse for pasientens situasjon, og at de ønsket å hjelpe, hadde det god effekt og skapte trygghet og lindring (Sønning & Fossum, 2020, s. 7). Sykepleiere bør ha ferdigheter i å kommunisere med pasienten på en måte som gjør at de føler seg sett og hørt. Dette kan føre til et bedre samarbeid mellom sykepleier og pasient, og dermed gi bedre smertekartlegging og lindring.

#### **5.4 Informasjon og veiledning til pasienten**

Pasientene i Sønning & Fossum (2020) etterlyste mer informasjon og tilstedeværelse i dialog med helsevesenet (s. 12). En sentral del av sykepleierens veiledende funksjon er å gi informasjon til pasienter (Lorentsen & Grov, 2016, s. 417). Pasientens rett til informasjon er lovfestet, og kan dermed ikke nedprioriteres ved mangel på tid (Pasient og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-2). Pasienten skal ha nok innsikt i egen tilstand til å kunne ta beslutninger og medvirke i egen behandling (Tveten, 2017, s. 450 & 451). I McCormack og McCance (2006) diskuteres hvordan man kan skape personsentrerte prosesser ved å inkludere arbeid med pasientens verdier og dele beslutningstaking (s. 475). Pasientenes rett til å medvirke i egen behandling er lovsatt i Pasient- og brukerrettighetsloven (1999, §3-1) og forutsetter at pasienten er tilstrekkelig informert. I nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen understrekes det viktigheten av å tilpasse kommunikasjonen til den enkelte og hva som er viktig for dem (Helsedirektoratet, 2015).

Som nevnt syntes pasientene det var vanskelig å forklare smertene sine med ord og å bruke verktøy som NRS (Gibbins et al., 2014, s. 75). Dette viser et behov for mer opplæring og undervisning fra sykepleieren. Som diskutert i 5.1 bør pasientens opplevelse og forklaringer om egen smerte være en del av den helhetlige smertekartleggingen (Kongsgaard, 2017, s.

189). For at dette skal være mulig er det en forutsetning at pasienten har kunnskap om egen smerte og om hvilke ord som kan brukes for å beskrive smertens intensitet og lokasjon. Sykepleiere kan bruke denne informasjonen for å gi bedre tilpasset smertelindring. Sykepleiere bør tilrettelegge pasientopplæringen etter kontekst, tidsramme og pasientens behov.

Forskningen viser at pasientenes frykt for smerter påvirket behandlingen de mottok. Hackett et al. (2016) fant at noen pasienter unngikk å oppsøke hjelp ved forverring eller nyoppståtte smerter grunnet frykten for at kreften hadde spredd seg. De assosierte palliasjon med at de hadde begrenset tid igjen (s. 715 & 716). På den andre siden fant Gibbins et al. (2016) at det var viktig for deltakerne å vite nøyaktig hva som forårsaket smertene (s. 76). Felles for disse eksemplene var frykten for at økende eller nye smerter betydde at de snart skulle dø. Dette kan tolkes som at deltakerne i både Hackett et al. (2016) og Gibbins et al. (2016) følte på usikkerhet og hadde behov for informasjon om hva smertene skyldtes, på tross av at de hadde forskjellige reaksjoner på smertene. For at sykepleiere skal bidra til økt trygghet for pasienter med smerter er det viktig at å ha god kunnskap om den enkelte pasient sin sykdomsutvikling og behandling.

Mangelfull informasjon om medikamenter og smertelindring kan føre til at pasienter ikke tar medisinene som ordinert. Gibbins et al. (2016) fant at nesten ingen av pasientene tok smertestillende som forskrevet. Noen fortalte at de ikke tok medisiner før smertene ble uholdbare. Dette førte til en ond sirkel hvor de kun tok nok smertestillende for å ha håndterbar smerte, og ikke bli smertefri. En pasient fortalte at det tok henne lang tid å innse at hun burde ta smertestillende forebyggende før smertene kom (Hackett et al., 2016, s. 75 & 76). Disse funnene viser et behov for økt opplæring i medisinadministrasjon og viktigheten av å ta medisinene slik de skal. Sykepleiere bør være oppmerksom på hva pasienten har av kunnskap og deretter gi informasjon de mangler. Sykepleiere kan også følge opp dette ved å kontrollere at pasienten har tatt medisinene når de kommer på tilsyn. En sykepleiers kunnskap og ferdigheter bør kunne utfylle informasjonen pasienten har behov for innenfor rammene for tid og ressurser.



## **5.5 Metodediskusjon**

Her diskuteres styrker og svakheter ved litteraturstudie som metode, litteratursøket som ble gjennomført og utvelgelsen av forskningsartikler.

### **5.5.1 Litteraturstudie**

Formålet med å utføre en litteraturstudie er å belyse hvilken kunnskap som finnes om et valgt tema ved å analysere resultatene av eksisterende forskning (Popenoe, 2021). Hensikten med å gjennomføre en litteraturstudie er å gi leseren oppdatert og god forståelse om det valgte temaet (Thidemann, 2019, s. 78). En sykepleier skal holde seg oppdatert på forskning og utvikling innenfor sitt fagfelt (NSF, 2019). Denne oppgaven kan dermed fungere som en måte å tilegne seg mer kunnskap for de som jobber med palliative pasienter med kreft i hjemmet.

Rammene satt for oppgaven utgjorde noen begrensninger for søk og bruk av forskningsartikler. Søket skulle gjennomføres i databasen CINAHL, og andre medisinske databaser som MEDLINE og PubMed ble dermed ekskludert. Fordelen med dette er at CINAHL er en sykepleiefaglig database og forskningen som finnes der vil derfor ha større sannsynlighet for å være relevant for oppgaven. I tillegg var det satt at det skulle velges ut 4-6 forskningsartikler som skulle brukes som resultater i oppgaven. Dette kunne vært en ulempe dersom man fant flere eller færre enn 4-6 artikler som passet inklusjonskriteriene for oppgaven. Derimot kan det også være en fordel ved at det sikrer at man benytter nok forskning, samtidig som man ikke griper over mer forskning enn oppgavebeskrivelsen krever.

### **5.5.2 Litteratursøk**

Som nevnt i metode-kapittelet ble det gjort søk i flere databaser for å finne relevant forskning, og funn av emneordene vi gjorde ble benyttet i det endelige søket i CINAHL. Ulempen med å gjennomføre søket på denne måten er at vi kan ha gått glipp av søkeord som kunne gitt andre resultater. Emneordene som ble brukt i søket knyttes direkte til deler av problemstillingen. Søkeordene “Cancer pain” og “Cancer patients” ble brukt for å sørge for at resultatene for søket kun ville inkludere den valgte pasientgruppen. Søkeordet “Palliative care” ble brukt for å dekke delen i problemstillingen som handlet om palliativ fase. Det ble kombinert med søkeordet “Oncologic nursing” da vi så at dette også ble hyppig brukt hos relevante artikler, og gjorde at søket ble bredere. Hensikten med oppgaven var å se på hvordan smerter lindres, og det ble kombinert tre forskjellige søkeord knyttet til dette. Disse søkeordene er vist til i tabell 1 i metodekapittelet.

Vi fant at ved å inkludere konteksten for problemstillingen i søkeordene ble søket for begrenset. Det utelukket relevante artikler som ikke hadde spesifisert kontekst. At sykepleierne jobbet i hjemmetjenesten og pasientene bodde hjemme ble derfor et inklusjonskriterie som vi hadde fokus på ved gjennomgang av artiklene. Emneordet “kompetanse” fra problemstillingen ble ikke inkludert i søket, fordi vi opplevde at det ikke bidro med noen resultater som var relevante for å besvare oppgavens problemstilling. Det ble istedenfor benyttet studier knyttet til sykepleiers og pasienters erfaringer for å belyse hvilken kompetanse en sykepleier må ha.

Søket hadde 128 resultater og førte til funn av fem forskningsartikler som er benyttet i oppgaven. Ulempen med å ha et bredt søk er at det blir en mer tidkrevende prosess å gå gjennom alle artiklene for å sjekke hvilke som passer inklusjons- og eksklusjonskriteriene. Derimot ender man med et bredere utvalg av forskning og det er større sjans for å ikke ekskludere relevante artikler. Vi opplevde at relevante forskningsartikler ikke ble inkludert i søket dersom det ble forsøkt å begrense søket ytterligere.

### **5.5.3 Utvelgelse av artikler**

Å være to kandidater kan føre til positive og negative konsekvenser når det kommer til prosessen for å velge artikler. Det er nyttig å være to om å diskutere og bestemme artikkelens relevans for å besvare problemstillingen, og med dette vil muligheten for å velge riktige artikler for oppgaven være større. På den andre siden kan utvelgelsen av artikler bli mer tidkrevende fordi man skal enes om valgene som blir diskutert i dette delkapittelet.

Det er ønskelig å ha forskning som er gjennomført i land som har et relativt likt helsevesen som i Norge for å sikre mest mulig overføringsverdi til det norske helsevesenet (Dalland, 2020, s. 149). Forskningen er utført i Norge, Storbritannia og USA. På tross av at det er utført i vestlige land vil det være kulturelle forskjeller som kan påvirke resultatene.

Hjemmetjenesten i andre land enn Norge vil ikke nødvendigvis ha de samme forutsetningene som diskuteres i denne oppgaven. En styrke for denne oppgaven er derfor at to av de valgte studiene er gjennomført i Norge. Artiklene er utgitt i en periode mellom 2014 og 2022, og det er positivt at ingen av artiklene er eldre enn åtte år. Dette kan sikre at den faglige kunnskapen er oppdatert, og dermed relevant for oppgaven.

Hackett (2016) sin forskning, som handlet om pasienters og pårørendes perspektiv på smertelindring, ble valgt på tross av at vi i denne oppgaven har ekskludert pårørende. Dette kan være en svakhet fordi deler av artikkelen ikke er relevant for problemstillingen. Det ble derimot vurdert at funn som kom fra pasientene var av god verdi for oppgaven, og artikkelen ble derfor inkludert.

Fire av de fem valgte artikler benyttet kvalitativ metode i forskningen sin. Det er en fordel for oppgaven fordi den ønsket å bruke pasienters og sykepleiere sine erfaringer for å finne hvilken kompetanse en sykepleier må ha innen smertelindring. Målet med kvalitativ forskning er å undersøke meninger og erfaringer som ikke kan tallfestes eller måles (Dalland, 2020, s. 54-55). Ulempen med å benytte kvalitativ metode er at forskningen ofte utføres med få deltakere. Dette kan føre til at omfanget av resultater er begrenset, og at det ikke alltid kan overføres til å gjelde for andre i samme situasjon. Når det gjelder kvantitativ forskningsmetode, kan det være en ulempe å bruke det i en litteraturstudie som vil finne erfaringer, da kvantitativ metode er kjennetegnet ved at man får en begrenset mengde kunnskap fra en større gruppe deltakere (Dalland, 2020, s. 54). Derimot bruker den kvantitative studien valgt i oppgaven intervju for å få svar på forskningsspørsmål om erfaringer og holdninger. Svarene ble så analysert, tallfestet og sortert i kategorier ut fra hva som ble sagt i intervjuene. Disse kategoriene ble vurdert som nyttige for å belyse problemstillingen i oppgaven, og artikkelen ble derfor inkludert.

Artiklene tilfører kunnskap om hva pasienter ønsker fra deres smertelindring, hva som er viktig for dem og hvilke mål de har for lindring. I tillegg forteller sykepleiere om hvilken erfaring de har med å gi smertelindring til den aktuelle pasientgruppen i hjemmetjenesten. Siden problemstillingen for oppgaven ser på sykepleiers kompetanse, ble det valgt å inkludere studier med både pasienters og sykepleiers perspektiv. Funnene i artiklene kan brukes direkte for å se hva som kan forbedres innenfor smertelindring, og artiklene har derfor en tydelig klinisk relevans.

Det er gjennomgått sjekklister fra Helsebiblioteket for å kritisk vurdere kvaliteten av valgt forskning (vedlegg 1-5). Der kom det fram at kun en av forskerne redegjorde for eventuelle interessekonflikter og hvordan egen forkunnskap kunne ha påvirket resultatene. Tre av forskerne hadde kun nevnt at det ikke var noen interessekonflikt, mens en ikke hadde

inkludert det i det hele tatt. At en forsker ikke utdyper hvorvidt det er en interessekonflikt kan være med på å redusere deres troverdighet (Dalland, 2020, s. 57).

## 6 Konklusjon

Hensikten med denne oppgaven har vært å undersøke hvilken kompetanse sykepleiere bør ha i smertelindringen av palliative pasienter med kreft som bor hjemme. Flere mennesker ønsker å tilbringe sin siste tid i hjemmet, noe som gir kommunene et økt ansvar for å imøtekomme pasienter med komplekse smertetilstander. Dette krever et større fokus på kompetanseheving i smertekartlegging og lindring av palliative pasienter med kreft for sykepleiere i hjemmetjenesten. Samlet viser funnene at hverdagen for sykepleierne i hjemmetjenesten er preget av lite tid, dårlig bemanning og mangel på mulighet til faglig oppdatering. Sykepleiere bør på tross av disse rammene kunne utføre helhetlig smertekartlegging og behandling av pasientene. For at sykepleiere skal kunne gi tilstrekkelig lindring, viser funnene at de bør ta seg tid til samtale for å veilede pasienten. På denne måten kan sykepleiere innhente informasjon om pasientens vurdering av egne smerter, hvor godt de er lindret, og hvilken kunnskap pasienten mangler. Slik får pasienten medvirke i behandlingen og gjør pleien personsentrert. I tillegg bør sykepleiere ha kompetanse og erfaring i bruk av kartleggingsverktøy som ESAS for å gjøre en helhetlig vurdering av smertene. Funn viser at det var usikkerhet blant sykepleierne om når de skulle gi ekstra smertestillende, og at mange var redde for å gi for mye. Dette viser at de trenger kompetanse i hvordan ulike smertestillende administreres og når de skal brukes. Dette kan føre til tryggere avgjørelser som er basert på faglig kunnskap.

Det er derimot ikke gjort en full gjennomgang av all forskning som finnes om temaet, og resultatene fra denne oppgaven vil derfor ikke være fullstendige. For å oppsummere bør sykepleier ha kompetanse i å utføre kartlegging som inkluderer pasienten, kunnskap i å vurdere behov for og administrere smertestillende, samt prioritere tid til å undervise pasienten ved behov. Dette bør sykepleieren ha nok kompetanse til å gjennomføre med de rammene som er til stede i hjemmetjenesten. I praksis betyr dette at sykepleiere har ansvar for å tilegne seg nok kunnskap for å sikre at utførelse av egen sykepleie er faglig forsvarlig.

## Referanseliste

- Bentling, S. (2019). Sjuksköterskeprofessionen - en tillbakablick på kompetens och kunskapskrav. I J. Leksell & M. Lepp (Red.), *Sjuksköterskans kärnkompetenser*. (2. Utg., s. 30-55). Liber.
- Bertelsen, B., Hornslien, K. & Thoresen, L. (2019). Svulster. I S. Ørn & E. Bach-Gansmo (Red.), *Sykdom og behandling* (2.utg., s. 126-149). Gyldendal akademisk.
- Birkeland, A & Flovik, A. M. (2018). *Sykepleie i hjemmet*. (3. Utg.). Cappelen Damm Akademisk.
- Dalland, O. (2020). *Metode og oppgaveskriving*. (7. utg.). Gyldendal Akademisk.
- Danielsen, A. & Berntzen, H. (2022) Sykepleie ved smerter. I D-G. Stubberud & R. Grønseth (Red.), *Klinisk sykepleie 1* (6. utg., s. 437-490). Gyldendal Akademisk.
- Ehrlich, O. Schweitzer, N. S. & Berry, D. L. (2022). Functional Goals and How Palliative Patients With Cancer Managed Pain. *Pain Management Nursing*. 23(5), 640-645.  
<https://doi.org/10.1016/j.pmn.2022.02.004>
- Felleskatalogen. (2022, 01. november). *Durogesic*.  
[https://www.felleskatalogen.no/medisin/durogesic-janssen-548190?direkte-oppslag=virkestoff&sokord=ID\\_39B7FB2B-2082-4C91-A71A-8A4E1CB64D8C](https://www.felleskatalogen.no/medisin/durogesic-janssen-548190?direkte-oppslag=virkestoff&sokord=ID_39B7FB2B-2082-4C91-A71A-8A4E1CB64D8C)
- Fjørtoft, A-K. (2016). *Hjemmesykepleie: ansvar, utfordringer og muligheter*. (3. utg.). Fagbokforlaget.
- Folkehelseinstituttet. (2021). *Dødsårsakregisteret- statistikkbank*. Hentet 10. Desember 2022  
<https://statistikkbank.fhi.no/dar/>
- Furåker, C. & Nilsson, A. (2019). Kompetens, kunskap och lärande. I J. Leksell & M. Lepp (Red.), *Sjuksköterskans kärnkompetenser*. (2. Utg., s. 11-29). Liber.

- Gibbins, J., Bhatia, R., Forbes, K. & Reid, C. M. (2014). What do patients with advanced incurable cancer want from the management of their pain? A qualitative study. *Palliative Medicine*. 28(1), 71-78.  
<https://doi.org/10.1177/0269216313486310>
- Gulsvik, A. & Halvorsen, T.O. (2016). Pustebesvær. I S. Kaasa & J.H. Loge (Red.), *Palliasjon: Nordisk lærebok*. (3.utg., s. 583-593). Gyldendal Akademisk.
- Grov, E. K & Wiig, H. S. (2018). Kommunikasjon med pasienter i palliativ fase. I L. G. Heyn (Red.), *Klinisk kommunikasjon i sykepleie* (s. 196-229). Gyldendal Akademisk.
- Grønseth, R & Nortvedt, P. (2022). Klinisk sykepleie- funksjon, ansvar og kompetanse. I D G. Stubberud & R. Grønseth (Red.), *Klinisk sykepleie 1* (6. utg., s. 1-19). Gyldendal Akademisk.
- Hackett, J., Godfrey, M. & Bennet. M. I. (2016). Patient and caregiver perspectives on managing pain in advanced cancer: A qualitative longitudinal study. *Palliative Medicine*. 30(8), 711-719. <https://doi.org/10.1177/0269216316628407>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2022). *Leve med kreft: Nasjonal kreftstrategi (2018-2022)*. [https://www.regjeringen.no/contentassets/266bf1eec38940888a589ec86d79da20/regjerings\\_kreftstrategi\\_180418.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/266bf1eec38940888a589ec86d79da20/regjerings_kreftstrategi_180418.pdf)
- Helsedirektoratet. (2015, 26. mars) *Palliasjon i kreftomsorgen, handlingsprogram*. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/palliasjon-i-kreftomsorgen-handlingsprogram>
- Helsedirektoratet. (2016, januar). *Samhandlingsstatistikk 2014-15. IS-2427*. Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/samhandlingsstatistikk/Samhandlingsstatistikk%202014-2015.pdf/> /attachment/inline/93a6a6ba-802b-4c39-987b-de18b6460757:c92c1f28a44a4c48b1eb926b6f0f8ebd563ee547/Samhandlingsstatistikk%202014-2015.pdf

- Helse og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* (LOV-2011-06-24-30). Lovdata. [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30#KAPITTEL\\_3](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30#KAPITTEL_3)
- Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell m. v. (LOV-1999-07-02-64). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Hoem, M.G., Hoem, S.A. & Hauvik, S. (2022). *Slik kan pasienten få en verdig siste tid i hjemmet*. Sykepleien. 110(89518), Artikkel e89518. <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2022.89518>
- Holter, I. M. (2019). Sykepleierprofesjonens grunnleggende kjennetegn. I E.K. Grov & I.M. Holter (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie: Sykepleieboken 1* (5.utg., s. 107-118). Cappelen Damm Akademisk.
- Indelicato, R.A. & Layman-Goldstein, M. (2019). Pain: Assessment and treatment using a multimodal approach. I M. Matzo & D. Witt Sherman (Red.), *Palliative care nursing: Quality care to the end of life*. (5.utg., s. 461-514). Springer Publishing Company.
- International Association for the Study of Pain. (2020, 16. juli). *IASP Announces Revised Definition of Pain*. <https://www.iasp-pain.org/publications/iasp-news/iasp-announces-revised-definition-of-pain/>
- Jangland, E. (2020). Tilnærming innen kirurgisk pleie. I Å, Muntlin. & E, Jangland (Red.), *Fundamentals of care. Klinisk tillämpning av ett teoretiskt ramverk för omvårdnad*. (s. 109-128). Studentlitteratur. (s. 109-128). Studentlitteratur.
- Jespersen, B. A. & Lundorff, L. (2019). Kræftsmerte 3: Palliative aspekter. I M. U. Werner N.B. Finnerup & L. Arendt-Nielsen (Red.), *Smerter: Baggrund, evidens og behandling* (4.utg., s. 264-275). FADL's Forlag.
- Johansen, L. B. (2021) *Flere vil dø hjemme*. Sykepleien. <https://sykepleien.no/meninger/2021/09/flere-vil-do-hjemme>
- Klepstad, P. & Kaasa, S. (2016). Opioider. I S. Kaasa & J. Håvard Loge (Red.), *Palliasjon*:



*Nordisk lærebok* (3.utg., s. 429-450). Gyldendal Akademisk.

Kongsgaard, U. E. (2017). Smerter og smertebehandling. I A. M. Reitan & T. K. Schjøberg (Red.), *Kreftsykepleie: pasient, utfordring, handling*. (4. utg., s. 181-197). Cappelen Damm Akademisk.

Kreftforeningen. (2022, 24.august). *Hva er kreft?* <https://kreftforeningen.no/om-kreft/hva-er-kreft/>

Kreftregisteret. (2022, 8. juni). *Kreft i Norge*. Hentet 1. november 2022 fra <https://www.kreftregisteret.no/Temasider/om-kreft/>

Lorentsen, V. B. & Grov, E. K. (2016). Generell sykepleie ved kreftsykdom. I H. Almås, D. G. Stubberud, R. Grønseth & K. C. Toverud (Red.), *Klinisk sykepleie: 2* (5. utg., s. 397-436). Gyldendal Akademisk.

McCormack, B. & McCance, T.V. (2006). *Development of a framework for person-centred nursing*. *Journal of Advanced Nursing*, 56(5), 472-479. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.04042.x>

Meld. St. 47 (2008–2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling– på rett sted– til rett tid*. Det kongelige helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>

Molven, O. (2019). Pasienters og brukeres rettigheter og plikter. I E. K. Grov & I. M. Holter (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie: Sykepleieboken 1* (5.utg., s. 70-103). Cappelen Damm Akademisk.

Molnes, S. I. (2014). Sykepleieres erfaringer med smertelindring til hjemmeboende kreftpasienter. *Nordisk Sykepleieforskning*. 4(2), 142-156. <https://doi.org/10.18261/ISSN1892-2686-2014-02-0>

Morland, E. (2020). *Hjemmesykepleiere etterlyser mer tid og kunnskap*. Sykepleien.

<https://sykepleien.no/2020/02/hjemmesykepleiere-etterlyser-mer-tid-og-kunnskap>

Norsk sykepleierforbund. (2018). *Forsvarlighet: om faglig kompetent og omsorgsfull sykepleie*. <https://www.nsf.no/Content/3851110/cache=20181604104115/>

Norsk sykepleierforbund. (2019). *Yrkesetiske retningslinjer*. <https://www.nsf.no/etikk/0/yrkesetiske-retningslinjer>

Nortvedt, P. (2021). *Omtanke: innføring i sykepleieetikk*. (3. utg.). Gyldendal Akademisk.

Nortvedt, F. & Ljoså, T.M, (2021). Smerte - en personlig og sammensatt opplevelse. I N. J. Kristoffersen, E.-A. Skaug, S. A. Steindal & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie bind 3: pasientfenomener, organisasjon og kompetanseutvikling* (4. utg s.17 - 43). Gyldendal Akademisk.

Norås, I. L. (2017). Kreftsjukepleie i heimen. I A. M. Reitan & T. K. Schjølberg (Red.), *Kreftsjukepleie: pasient, utfordring, handling* (4. utg., s. 303-327). Cappelen Damm Akademisk.

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

Paz, S. & Seymour, J. (2008). Pain: Theories, evaluation and management. I S. Payne, J. Seymour & C. Ingleton (Red.), *Palliative care nursing: principles and evidence for practice* (2. utg., s. 252-289). Open University Press.

Popenoe, R., Langius-Eklöf, A., Stenwall, E. & Jervaeus, A. (2021). A practical guide to data analysis in general literature reviews. *Nordic Journal of Nursing Research*. 41(4), 175-186. <https://doi.org/10.1177/2057158521991949>

Reitan, A.M. (2017). Kreftsjukepleie. I A. M. Reitan & T. K. Schjølberg (Red.), *Kreftsjukepleie: pasient, utfordring, handling* (4. utg., s.33-49). Cappelen Damm Akademisk.

Sjøgren, P. (2015). Smerter. I M.A. Neergaard & H. Larsen. (Red.), *Palliativ medicin: en*

- lærebok* (s. 217- 235). Munksgaard.
- Sjøgren, P. (2015). Symptomatologi. I M.A. Neergaard & H. Larsen. (Red.), *Palliativ medicin: en lærebok* (s. 211- 215). Munksgaard.
- Sønning, H. Ervik. & Fossum. (2020). «Jeg gråter noen tårer hver dag»: En fenomenologisk studie av hjemmeboende kreftpasienters beskrivelse av deres livssituasjon i palliativ fase. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*. 16(1), 121-136.  
<https://doi.org/10.7557/14.4319>
- Thidemann, I-J. (2019) *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving* (2. utg.). Universitetsforlaget.
- Thoresen, L. & Dahl, M. (2020). Sykepleie til den døende pasienten. I E. K. Grov & I. M. Holter (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie: sykepleieboken 1* (5 utg. s. 926-960). Cappelen Damm Akademisk.
- Tveten, K. (2021). Pasient- og pårørendeopplæring i kreftomsorgen. I A. M. Reitan & T. K. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie: pasient, utfordring, handling* (4. utg., s. 450-460). Cappelen Damm Akademisk.
- Utne, I. & Nakken. E., (2019). Sykepleie i et kreftforløp. I U. Knutstad (Red.), *Utøvelse av klinisk sykepleie: Sykepleieboken 3* (3.utg., s. 104-146). Cappelen Damm Akademisk.
- World Health Organization. (2002). *National Cancer Control Programmes: policies and managerial guidelines*.  
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42494/9241545577.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Winger, A & Leegaard, M. (2016). Smerter. I Heggstad, A. K. T. & Knutstad, U. (Red.), *Sentrale begreper og fenomener i klinisk sykepleie*. (4. utg. s. 172- 197). Cappelen Damm Akademisk.

## Vedlegg 1

# Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie

### Kritisk vurdering av:

Gibbins, J., Bhatia, R., Forbes, K. & Reid, C. M. (2014). What do patients with advanced incurable cancer want from the management of their pain? A qualitative study. *Palliative Medicine*. 28(1), 71-78. <https://doi.org/10.1177/0269216313486310>

## Del A: Innledende vurdering

### 1. Er formålet med studien klart formulert?

Ja -  Nei -  Uklart

#### Kommentar:

Forskerne ville finne svar på hvordan pasienter med langtkommen kreft vurderer at deres smerte er kontrollert, samt hvordan de kommuniserer dette til helsepersonellet som behandler smertene deres. De ville finne svar på dette fordi de mener det er manglende forskning gjort på dette området. Det er også viktig å vite hvilke smertekomponenter helsepersonell må kartlegge og lindre ut fra hva som er viktig for pasienten. Problemstillingen er derfor relevant for formålet.

### 2. Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?

Ja -  Nei -  Uklart

#### Kommentar:

Ja, fordi studien har som formål å belyse pasienters erfaringer og opplevelser med smertelindring.

### 3. Er utformingen av studien hensiktsmessig for å finne svar på problemstillingen?

Ja -  Nei -  Uklart

#### Kommentar:

Det er beskrevet at forfatterne valgte en kvalitativ metode fordi de ønsket å utforske pasientenes syn og erfaringer om sin egen smerte.

### 4. Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?

Ja -  Nei -  Uklart

#### Kommentar:

De valgte ut pasienter med forskjellige typer kreft og som dermed har forskjellige smerteopplevelser, og de fikk hjelp av helsepersonell i forskjellige settinger. Noen bodde hjemme, noen på sykehus og noen på hospits. Deltagernes kjønn, utdanningsnivå og sivilstatus er beskrevet i tabell. Forskerne brukte et spesialist palliativt team som tok

kontakt med pasientene angående studien. 3 av de 15 pasientene som valgte å delta ble for syke før intervjuene ble gjort og kunne derfor ikke delta.

**5. Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?**

Ja -  Nei -  Uklart

**Kommentar:**

Valg av setting for datainnsamlingen var i pasientens hjemmemiljø, eller i en rolig del av sykehusavdelingen. Det er ikke diskutert hvorfor dette er valgt. Det ble benyttet semi-strukturerte intervju som ble utført ansikt til ansikt med en av forskerne. Intervjuguide er beskrevet i studien. Noen av spørsmålene ble endret underveis i studien fordi forskerne følte at de ikke fikk et fullt bilde ved bruk av de opprinnelige spørsmålene. Datainnsamlingen ble gjort med lydopptak som så ble transkribert. Metningen av data ble diskutert.

**6. Ble det gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?**

Ja -  Nei -  Uklart

**Kommentar:**

Det er kun beskrevet at det ikke er noen interessekonflikt for forfatterne, men det er ikke spesifikt gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data.

**7. Er etiske forhold vurdert?**

Ja -  Nei -  Uklart

**Kommentar:**

Studien ble godkjent av forskningsetikkomiteen National Research Ethics Service Committee South West. Det er ikke beskrevet i detalj hvordan forskningen ble forklart til deltakerne, det er kun nevnt at de hadde informert samtykke til deltagerne.

**8. Går det klart frem hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?**

Ja -  Nei -  Uklart

**Kommentar:**

Det ble brukt "the grounded theory approach" og "the constant comparison technique" for å analysere dataene. Det er delvis gjort rede for hvordan analysen ble gjennomført. Det ses en klar sammenheng mellom sitatene fra funnene og hvilke kategorier og konklusjoner forskerne har kommet fram til. Det er presentert en del data i form av sitater for å underbygge funnene.

**Basert på svarene dine på punkt 1-8 over, mener du at resultatene fra denne studien er til å stole på?**

Ja -  Nei -  Uklart

## Del B: Hva er resultatene?

### 9. Er funnene klart presentert?

Ja -  Nei -  Uklart

#### **Kommentar:**

I diskusjonsdelen er det trukket inn annen forskning for å underbygge funnene i studien. Det er mest diskusjon for forskernes argumenter, fordi dette er bygget på det deltagerne i studien har fortalt. De diskuterte utfordringene resultatene de har funnet har i praksis. Funnene er diskutert opp mot den opprinnelige problemstillingen i slutten av diskusjonen.

## Del C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

### 10. Hvor nyttige er funnene fra denne studien?

#### **Kommentar:**

Konklusjonen i artikkelen kommer med forslag til hvordan resultatene kan bidra til å endre hvordan smertene til pasienter med kreft kartlegges i dag. Numeriske rating skalaer virker ikke å være hjelpsomt, fordi pasientene selv måler smertene sine ut fra hvilken funksjon de har, altså hva smertene tillater dem å gjøre i hverdagen. Det er ikke diskutert behov for ny forskning.

## Vedlegg 2

# Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie

### Kritisk vurdering av:

Sønning, Hildegunn. Ervik. & Fossum. (2020). «Jeg gråter noen tårer hver dag»: En fenomenologisk studie av hjemmeboende kreftpasienters beskrivelse av deres livssituasjon i palliativ fase. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*. 16(1), 121-136.

<https://doi.org/10.7557/14.4319>

## Del A: Innledende vurdering

### 1. Er formålet med studien klart formulert?

Ja -  Nei -  Uklart

#### Kommentar:

Formålet med studien er å undersøke hvordan hjemmeboende kreftpasienter i palliativ fase opplevde deres livssituasjon i hverdagen. Hensikten med denne fenomenologiske studien var fordi man ønsker mer kunnskap for å gi god palliativ omsorg i hjemmet. Problemstillingen stilles som relevant ettersom flere pasienter ønsker å være hjemme den siste tiden av livet, men det er diskutert at noen føler de får den palliative omsorgen de ønsker, mens andre føler den ikke er tilstrekkelig.

### 2. Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?

Ja -  Nei -  Uklart

#### Kommentar:

Forfatterne vil belyse hvordan hjemmeboende kreftpasienter i palliativ fase opplever sin livssituasjon.

### 3. Er utformingen av studien hensiktsmessig for å finne svar på problemstillingen?

Ja -  Nei -  Uklart

#### Kommentar:

Studien har et utforskende kvalitativt design med individuelle dybdeintervjuer. De beskriver bruken av fenomenologiske forskningsmetode er brukt av Giorgi for å få kunnskap om pasientens livssituasjon i den palliative fasen, hvor det er mennesket som skal konstituere virkeligheten og ikke omvendt.

### 4. Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?

Ja -  Nei -  Uklart

#### Kommentar:

Det er gjort rede for at det skal være hjemmeboende pasienter i palliativ fase. Det er ikke snakket om hvorfor de har tatt med ulike livsfaser, ulike palliative behandlinger eller krefttyper. Rekrutteringen skjedde i samarbeid med ansvarlig ledelse i kreftforeningen i to fylker.

Det har ikke vært en diskusjon for hvorfor noen ikke valgte å ikke delta og ikke hvorfor de har valgt menn og kvinner i alderen 35-63 år.

De har beskrevet at det er seks kvinner og to menn. Tre av dem var alene forsørgere med småbarn, to var gift og hadde småbarn, to var i nye forhold og hadde voksne barn, en deltager var gift og hadde voksne barn. Alle snakket norsk og bare en hadde innvandrerbakgrunn mens de andre var etnisk norske.

**5. Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?**

Ja -  Nei -  Uklart

**Kommentar:**

Deltagerne kunne velge hvor de ønsket å bli intervjuet. Seks stykker ble intervjuet i hjemmet, en ved en poliklinikk ved et sykehus og en i et møterom på universitet. Hensikten var at intervjuet skulle åpne opp for spesielle områder av erfaringen uten at deltagerne ble påvirket.

Det ble utført dybdeintervjuer og ble brukt en intervjuguide med tre overordnede temaer. Temaene var hvordan de opplevde den palliative fasen, den utfordringer og hva som bidrar til gode dager. Intervjuene ble tatt opp og datamaterialet ble transkribert ordrett etterpå. Metoden ble brukt for å fange opp opplevelsen til deltagerne. Forskerne har ikke diskutert metningen av data.

**6. Ble det gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?**

Ja -  Nei -  Uklart

**Kommentar:**

Det er gjort i liten grad. Forskeren som gjennomførte intervjuene var sykepleier og lang erfaring med temaet. Denne erfaringen ble brukt for å ivareta deltagerens integritet ettersom det er en sårbar gruppe.

**7. Er etiske forhold vurdert?**

Ja -  Nei -  Uklart

**Kommentar:**

Skriftlig skjema og informasjonsbrev for informert samtykke ble gjennomgått med hver enkelt deltager før de skulle underskrive. Etiske prinsipper innen klinisk forskning ble godkjent fra regional etisk komite og Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste. De hadde ingen kjennskap til deltagerne og ikke møtt dem før selve intervjuet. Selv om de hadde erfaring som sykepleiere og jobbet med palliasjon, ble det brukt åpne spørsmål for at deltagerne skulle kunne komme med sine egne beskrivelser.

**8. Går det klart frem hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?**

Ja -  Nei -  Uklart

**Kommentar:**

Datamaterialet ble analysert ved bruk av Giorgi sin deskriptive fenomenologiske analyseprosess. De leste alle åtte intervjuene for å få en helhetsforståelse og så identifiserte de meningsdannede enheter. De endret svarene fra 1.person til 3.person og fra hverdagspråk til sykepleievitenskapelig språk. Fellestrekk ble så dannet.



**Basert på svarene dine på punkt 1–8 over, mener du at resultatene fra denne studien er til å stole på?**

Ja -  Nei -  Uklart

## **Del B: Hva er resultatene?**

**9. Er funnene klart presentert?**

Ja -  Nei -  Uklart

**Kommentar:**

Det er trykket inn flere internasjonale artikler for å underbygge funnene. Ettersom dette omhandler opplevelsen av å være i en palliativ fase så er det ikke mye imot forskernes argumenter ettersom det er deltagernes opplevelser i fokus.

Funnene er diskutert opp imot problemstillingen og viser til mer forskning i Norge.

## **Del C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?**

**10. Hvor nyttige er funnene fra denne studien?**

**Kommentar:**

Forskerne har diskutert opp mot annen litteratur på feltet. Avdekket at praksis kan forbedres.

## Vedlegg 3

# Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie

### Kritisk vurdering av:

Hackett, J., Godfrey, M. & Bennet, M. I. (2016). Patient and caregiver perspectives on managing pain in advanced cancer. *Palliative Medicine*. 30(8), 711-719.

<https://doi.org/10.1177/0269216316628407>

## Del A: Innledende vurdering

### 1. Er formålet med studien klart formulert?

Ja -  Nei -  Uklart

#### Kommentar:

Hensikten med oppgaven var å undersøke hvordan pasienter med langtkommen kreft og deres pårørende opplevde smerter, kompleksiteten av smertene og hva som formet perspektivene og handlingene deres. Forskerne ville finne ut av dette for å få innsikt i et teoretisk og praktisk hull i kunnskap om kreftsmarter.

### 2. Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?

Ja -  Nei -  Uklart

#### Kommentar:

Ja, fordi studien har som formål å beskrive pasienters og pårørendes erfaringer og opplevelser om kreftsmarter.

### 3. Er utformingen av studien hensiktsmessig for å finne svar på problemstillingen?

Ja -  Nei -  Uklart

#### Kommentar:

De forklarer at intervjuene hadde en samtale mal som de skulle bruke fleksibelt slik at deltagerne skulle kunne beskrive sine erfaringer med egne ord og at de styrte tiden på hvert emne. Dette blir brukt i hensikten for at de skulle ha god tid til å snakke om deres erfaringer av smerte. Ved bruk av andre intervju fikk man muligheten til å følge opp deltagerens erfaringer med smerter og om deres syn hadde endret seg.

### 4. Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?

Ja -  Nei -  Uklart

#### Kommentar:

Deltakerne ble valgt ut med følgende inklusjonskriterier: de opplevde smerte, bodde hjemme, var over 25 år og som lever med aktiv kreft som ikke kan kureres. Pasientene som ble rekruttert hadde forskjellige typer kreft, dette ble gjort for å inkludere personer med forskjellig stadium av kreft. Pasientenes profil med sivilstatus og informasjon om sykdommen er forklart i tabell. Pasientene ble rekruttert fra onkologiske og palliative

tjenester. Pasientene som uttrykte interesse for studien ble tatt kontakt med en av forskerne som direkte eller over telefon informerte om studien og fikk samtykke til deltakelse.

**5. Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?**

Ja -  Nei -  Uklart

**Kommentar:**

Det ble utført to dybdeintervjuer med seks ukers mellomrom for å fange opp endringer over tid. Noen intervju ble utført med både pasient og pårørende, mens noen ble utført med kun pasienten. Intervjuene ble utført i pasientenes hjem. Intervjuguiden som ble benyttet er vedlagt i artikkelen. Noen av pasientene ble bedt om å føre lydtegnbok mellom intervjuene. Det er ikke beskrevet om metoden er endret i løpet av studien. Det ble tatt lydopptak av intervjuene som senere ble transkribert, det samme ble lydtegnbøkene.

**6. Ble det gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?**

Ja -  Nei -  Uklart

**Kommentar:**

Det er kun fortalt om at forfatterne ikke har noen interessekonflikt i denne studien.

**7. Er etiske forhold vurdert?**

Ja -  Nei -  Uklart

**Kommentar:**

Det er forklart hvordan forfatterne fikk samtykke. Det er også forklart hvor mange som deltok og hvor mange som måtte trekke seg grunnet helsemessige årsaker. Studien er godkjent av National Research Ethics Service Committee South West – Cornwall and Plymouth.

**8. Går det klart frem hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?**

Ja -  Nei -  Uklart

**Kommentar:**

Det ble benyttet en grounded theory tilnærming til analysen. Stegene i analysen er forklart detaljert i metodeavsnittet i studien. Det er en klar sammenheng mellom sitatene fra datainnsamlingen og de kategoriene som forskerne har kommet fram til. Det er inkludert mange sitater for å underbygge funnene.

**Basert på svarene dine på punkt 1–8 over, mener du at resultatene fra denne studien er til å stole på?**

Ja -  Nei -  Uklart

## Del B: Hva er resultatene?

### 9. Er funnene klart presentert?

Ja -  Nei -  Uklart

#### Kommentar:

Det er i diskusjonsdelen trukket inn andre kilder for å underbygge funnene og diskutere det. Analysen var utført av to forskere separat og sammen, og analysen, data, kodingen og kategorier var diskutert i et forskningsteam som bestod av personer med forskjellig fagkompetanse. Det ble også diskutert med en «wide steering group» som bestod av pasientrepresentativer, klinikere og akademikere. Funnene er diskutert opp mot den opprinnelige problemstillingen.

## Del C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

### 10. Hvor nyttige er funnene fra denne studien?

#### Kommentar:

Studien konkluderer med at det er et behov for mer forskning som følger pasientene over lengre tid for å observere overgangen mellom forskjellige smertestatuser. Funnene fra studien kan være nyttige fordi det er intervjuet pasienter med mange forskjellige typer kreft, så resultatene kan bidra til bedre forståelse av smertene til mange kreftpasienter.

## Vedlegg 4

# Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie

### Kritisk vurdering av:

Molnes, S. I. (2014). Sykepleieres erfaringer med smertelindring til hjemmeboende kreftpasienter. *Nordisk Sygeplejeforskning*. 4(2), 142-156. <https://doi.org/10.18261/ISSN1892-2686-2014-02-0>

## Del A: Innledende vurdering

### 1. Er formålet med studien klart formulert?

Ja -  Nei -  Uklart

#### Kommentar:

Forskeren ville finne svar på hvordan sykepleiere opplever er sin egen kompetanse i smertelindring til hjemmeboende kreftpasienter. Forskeren ville finne svar på det fordi flere kreftpasienter har behov for smertelindring, og at flere ønsker å få hjelp til dette hjemme.

### 2. Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?

Ja -  Nei -  Uklart

#### Kommentar:

Ja, kvalitativ metode er hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen fordi den ønsket å belyse hvordan sykepleierne opplever sin egen kompetanse innen dette temaet.

### 3. Er utformingen av studien hensiktsmessig for å finne svar på problemstillingen?

Ja -  Nei -  Uklart

#### Kommentar:

Valg av forskningsdesign er begrunnet med at dette er en undersøkende metode som gjorde at sykepleierne skulle få formidle sine egne erfaringer.

### 4. Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?

Ja -  Nei -  Uklart

#### Kommentar:

Det er i artikkelen gjort rede for at inklusjonskriteriene for å delta i studien var at sykepleierne jobbet i hjemmesykepleien, og at de hadde jobbet der i minst ett år. Utvalget ble gjort ved at forskeren sendte brev til distriktsledere i tre forskjellige omsorgsdistrikt i Midt-Norge. Distriktslederne identifiserte aktuelle respondenter til studien og formidlet samtykkeerklæring og informasjonsskriv til respondentene. Disse ble valgt fordi de oppfylte inklusjonskriteriene. Karakteristika ved utvalget er ikke beskrevet. Det er heller ikke beskrevet hvorfor noen valgte å ikke delta.

**5. Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?**

Ja -  Nei -  Uklart

**Kommentar:**

Valg av setting for datainnsamling er ikke begrunnet. Det ble benyttet halvstrukturerte, individuelle intervjuer. Det er beskrevet at det er benyttet en halvstrukturert intervjuguide. Det ble benyttet lydopptaker som senere ble transkribert og gjort til datamaterialet. Det er forklart hvordan transkriberingen ble gjort. Det nevnes ingenting om at metoden er ikke endret i løpet av studien.

**6. Ble det gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?**

Ja -  Nei -  Uklart

**Kommentar:**

Forfatteren har diskutert sin egen rolle fordi han selv jobbet som sykepleier i hjemmetjenesten da studien ble gjort, og hvordan dette kan ha påvirket studien. Det er ikke oppgitt om forskeren har gjort endringer i utforming av studien underveis.

**7. Er etiske forhold vurdert?**

Ja -  Nei -  Uklart

**Kommentar:**

Studien ble meldt til Norsk samfunns- vitenskapelig datatjeneste AS og godkjent i forkant av datainnsamlingen. Det er detaljert forklart i artikkelen om hvordan deltagerne fikk informasjon om samtykke og muligheten til å trekke seg underveis, og også om de ønsket å trekke tilbake noe de hadde sagt i etterkant. Ikke diskutert etiske problemstillinger som ble avdekket underveis i studien.

**8. Går det klart frem hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?**

Ja -  Nei -  Uklart

**Kommentar:**

Det er gjort rede for hvordan analysen ble gjennomført, det ble tatt utgangspunkt i Thagaards (2002) temasentrerte analysestrategi. Innsamlede data er presentert som kategorier som forskeren har funnet fram til. Det er altså ikke benyttet sitater fra intervjuene.

**Basert på svarene dine på punkt 1-8 over, mener du at resultatene fra denne studien er til å stole på?**

Ja -  Nei -  Uklart

## Del B: Hva er resultatene?

### 9. Er funnene klart presentert?

Ja -  Nei -  Uklart

#### Kommentar:

Det er benyttet andre kilder for å underbygge funnene i diskusjonsdelen av artikkelen, ikke i resultatdelen. Det er gjort diskusjon om funnene, men mest for forskerens argumenter. Funnene er diskutert opp mot den opprinnelige problemstillingen.

## Del C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

### 10. Hvor nyttige er funnene fra denne studien?

#### Kommentar:

Studien har avdekket et behov for mer undervisning om smertelindring i grunnutdanningen til sykepleiere og annet helsepersonell, og det er behov for satsning på videreutdanning innen fagfeltet. Studiens bidrag er dermed vurdert opp mot dagens praksis. Studien har ikke diskutert behov for ny forskning.

## Vedlegg 5

# SJEKKLISTE FOR VURDERING AV PREVALENSSTUDIE

(Tverrsnittstudie, spørreundersøkelse, survey)

FØLGENDE FORHOLD MÅ VURDERES:

Kan vi stole på resultatene?

Hva forteller resultatene?

Kan resultatene være til hjelp i praksis?

Under de fleste spørsmålene finner du tips som kan være til hjelp når du skal svare på spørsmålene.

Basert på EBMH Notebook. Guidelines for evaluating prevalence studies. May 1998, Vol 1, No 2 pp 37-9. URL:

[http://www.psychiatry.ox.ac.uk/cebmh/journal/contents/1\(2\)/37-9.html](http://www.psychiatry.ox.ac.uk/cebmh/journal/contents/1(2)/37-9.html)

Cathryn Thomas, Sheila Greenfield and Yvonne Carter. Questionnaire design. Chapter 6 in "Research Methods in Primary Care" (1997) Oxford: Radcliffe Medical Press.

**Kritisk vurdering av:** Ehrlich, O. Schweitzer, N. S. & Berry, D. L. (2022). Functional Goals and How Palliative Patients With Cancer Managed Pain. *Pain Management Nursing*. 23(5), 640-645. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2022.02.004>



## INNLEDENDE SPØRSMÅL

<p><b>1. Er problemstillingen i studien klart formulert?</b></p>	<p>Ja X</p>	<p>Uklart O</p>	<p>Nei O</p>
<p><b>2. Er en prevalensstudie en velegnet metode for å besvare problemstillingen / spørsmålet?</b></p>	<p>Ja X</p>	<p>Uklart O</p>	<p>Nei O</p>

## KAN DU STOLE PÅ RESULTATENE

<p><b>3. Er <u>befolkningen</u> (populasjonen) som utvalget er tatt fra, klart definert?</b></p>	<p>Ja X</p>	<p>Uklart O</p>	<p>Nei O</p>
<p><b>4. Ble <u>utvalget</u> inkludert i studien på en tilfredsstillende måte?</b></p>	<p>Ja O</p>	<p>Uklart X</p>	<p>Nei O</p>

<p><b>5. Er det gjort rede for om <u>respondentene</u> skiller seg fra dem som ikke har respondert?</b></p>	<p>Ja O</p>	<p>Uklart O</p>	<p>Nei X</p>
<p><b>6. Er svarprosenten høy nok?</b></p>	<p>Ja X</p>	<p>Uklart O</p>	<p>Nei O</p>
<p><b>7. Bruker studien <u>målemetoder</u> som er pålitelige (valide) for det man ønsker å måle?</b></p>	<p>Ja X</p>	<p>Uklart O</p>	<p>Nei O</p>
<p><b>8. Er <u>datainnsamlingen</u> standardisert?</b></p>	<p>Ja X</p>	<p>Uklart O</p>	<p>Nei O</p>
<p><b>9. Er <u>dataanalysen</u> standardisert?</b></p>	<p>Ja X</p>	<p>Uklart O</p>	<p>Nei O</p>

