



# Høgskulen på Vestlandet

## SK152 - Bacheloroppgave i sykepleie

SK152

### Predefinert informasjon

<b>Startdato:</b>	23-05-2019 09:00	<b>Termin:</b>	2019 VÅR
<b>Sluttdato:</b>	07-06-2019 14:00	<b>Vurderingsform:</b>	Norsk 6-trinns skala (A-F)
<b>Eksamensform:</b>	Bacheloroppgave i sykepleie	<b>Studiepoeng:</b>	15
<b>SIS-kode:</b>	203 SK152 1 O 2019 VÅR FORDE		
<b>Intern sensor:</b>	(Anonymisert)		

### Deltaker

**Kandidatnr.:** 136

### Informasjon fra deltaker

**Antall ord \*:** 6947

**Egenerklæring \*:** Ja

**Inneholder besvarelsen  
konfidensiell materiale?:** Nei

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

### Gruppe

**Gruppenavn:** (Anonymisert)

**Gruppenummer:** 18

**Andre medlemmer i  
gruppen:** Deltakeren har innlevert i en enkeltmannsgruppe

Jeg godkjenner avtalen om publisering av bacheloroppgaven min \*

Ja

Er bacheloroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? \*

Nei

Er bacheloroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? \*

Nei



Høgskulen  
på Vestlandet

# BACHELOROPPGÅVE

SJUKEPLEIE TIL KREFTPASIENTAR I TERMINAL FASE

NURSING TO CANCER PATIENTS IN TERMINAL PHASE

**Kandidatnummer: 136**

**Audhild Grov**

Bachelorutdanning i sjukepleie

Fakultet for helse- og sosialvitenskap/Institutt for helse- og omsorgsvitenskap/Sjukepleie Førde

Rettleiar: Solveig Sægrov

Innleveringsdato: 06.06.2019

Ord: 6947

Eg stadfestar at arbeidet er sjølvstendig utarbeida, og at referansar/kjeldetilvisingar til alle

kjelder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. *Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 10.*

## Samandrag

### **Tittel:**

Sjukepleie til kreftpasientar i terminalfasen.

### **Bakgrunn for val av tema:**

Eg valte dette teamet fordi terminale kreftpasientar er noko ein kan møte på som sjukepleiar i alle jobbsamanhengar. Sjølv har eg treft på kreftpasientar i terminal fase både på sjukehus, sjukeheim og i heimesjukepleia. Det er ikkje alltid like lett å vite korleis ein skal handle i ein slik situasjon. Difor ønskjer eg å få auka kunnskap om kva som er god sjukepleie i terminal fase og korleis ein skal opptre og handle i slike situasjonar for at den siste tida til pasienten skal bli så god som mogleg.

### **Problemstilling:**

Korleis kan ein yte god sjukepleie til heimebuande kreftpasientar i terminal fase?

### **Metode**

Litteraturstudie som metode, som er basert på systematisk søk etter allereie eksisterande fagkunnskap, forskning og teori.

### **Oppsummering**

Hovudfokuset for sjukepleie i terminalfasen er å lindre symptom som trugar tilfredsstilling av fysiske behov. For å yte god sjukepleie i terminalfasen krevst det god planlegging i forkant, der ein blant anna kan nytte ein individuell plan som hjelpemiddel. Dette for å skape god organisering og eit godt samarbeide kring pleia til pasienten. For å lindre liding må ein yte heilheitleg sjukepleie. Smerte er kanskje det verste fysiske symptomet, men samtidig spelar dødsangst, sosiale relasjonar og pasient sine ønskjer ei stor rolle i livets siste fase.

**Nøkkelord:** sjukepleie, kreftpasient, terminal fase, pleie og omsorg

## Abstract

### **Title:**

Nursing to cancer patients in terminal phase

### **Background:**

I chose this topic because terminal cancer patients are something you can meet as a nurse in all work context. I have met cancer patients at terminal care in hospitals, old-age home and in homecare nursing. It is not always easy to know how to handle such situations. For this reason I want to get extra knowledge about what good nursing is in the terminal phase, and how to handle such situations so that the last part of life should be as good as possible for the patients.

### **Problem:**

How to provide good nursing care to cancer patients living at home in the terminal phase?

### **Method:**

Literature study as a method, which is based on systematic research for already existing academic knowledge, research and theory.

### **Summary:**

The main focus of nursing care in terminal phase is to relieve symptoms that threaten the fulfillment of physical needs. To provide good nursing care in the terminal phase, it requires good planning in advance, where individual plan can be used as an aid. This is done to make good organization and cooperation related to the care of the patient. Complete nursing care must be provided to relieve suffering. Pain is perhaps the worst physical symptom, but at the same time death anxiety, social relations and patient desires play a major role in the final phase of life.

**Keywords:** nursing, cancer patient, terminal phase, nursing and care.

## Innhald

1	Innleiing .....	1
1.1	Problemstilling.....	2
1.2	Avgrensing av problemstilling .....	2
1.3	Ordforklaring .....	2
1.4	Oppbygging av oppgåva .....	3
2	Metode .....	3
2.1	Litteratursøk .....	3
2.2	Søkjeprosess .....	3
2.3	Kjeldekritikk.....	4
3	Teori.....	5
3.1	Sjukaheile .....	5
3.2	Kreft.....	7
3.3	Den terminale fasen .....	8
3.3.1	Smertelindring.....	9
3.3.2	Ernæring .....	10
3.3.3	Krise og dødsangst.....	10
4	Resultat.....	11
5	Drøfting.....	13
5.1	Sjukaheile i terminalfasen .....	13
5.2	Kreft - ein trussel om tap og dødsangst .....	14
5.3	Terminalfasen – støtte, omsorg og symptomlindring i heimen .....	16
5.3.1	Symptomlindring .....	17
5.4	Konklusjon .....	20
	Litteraturliste.....	21

## 1 Innleiing

For 100 år sidan døydde ca. 90% av Noregs befolkning i eigen heim (Birkeland & Flovik, 2016, s. 95). Denne utviklinga har gått nedover, og i Noreg i dag er det ca. 15% som døyr heime.

Det er fleire ikkje-kreftpasientar enn kreftpasientar som døyr heime (17% mot 12%) (Brenne & Estenstad, 2016, s. 162). Heimen har ei spesiell betyding for dei fleste, spesielt eldre som knyt heimen til barndom og oppvekst (Birkeland & Flovik, 2016, ss. 43-44). Nokre vel å tilbringe den siste tida i eigen heim då det er ein plass dei kan føle meir tryggleik, ro og fred. Det å ha palliative pasientar i terminal fase heime kan vere krevjande for pårørande, då dei får ei anna rolle og eit større ansvar (Birkeland & Flovik, 2016, ss. 101-102). I terminalfasen vil dei fysiologiske, livsopphaldande prosessane vere i ferd med å opphøyr, og alle moglege reversible årsaker til dette er vurdert og utelukka (Brenne & Dalene, 2016, s. 639). Målet i denne fasen er å gjere den siste tida så god som mogleg, samt førebyggje og redusera smerte og liding (Birkeland & Flovik, 2016, s. 97).

I 2017 blei det registrert heile 33 564 nye tilfelle av kreft i Noreg. Dette er ei auke på 2% (737 tilfelle) frå året før (Kreftregisteret, 2018). Kreft er eit samla omgrep på ei rekkje sjukdommar med ukontrollert celledeling. Kreftcellene kan spreia seg til andre delar av kroppen via blod og lymfesystem. Sjukdomsforløp, behandling og overleving varierer utifrå kreftdiagnose (Larsen, Ursin, & Weiderpass, 2018). Heile tre av fire krefttilfelle som blir diagnostisert, er hjå menn og kvinner over 60 år. Dei fem hyppigaste kreftformene i 2017 var prostatakraft, brystkraft, lungekraft, tjukktarmskraft og føflekkraft. Av desse kreftformene hadde prostata- og brystkraft høgst relativ overleving, medan lungekraft hadde høgst tal for dødsfall i 2016 (Kreftregisteret, 2019). I tida som kjem vil talet på krefttilfelle fortsette å auke. Hovudårsaka til denne utviklinga er auka levealder og større befolkning. Til tross for at tilfella av kreft auka, er dødelegheita relativt stabil, men talet er høgt. I 2016 var det rundt 11 000 som døydde av sin kreftsjukdom (Larsen, Ursin, & Weiderpass, 2018).

Pasientar i terminal fase er noko ein møter i alle aldersgrupper og i alle ledd i helsetenesta. Det krev personleg og fagleg kompetanse for å kunne yte god sjukepleie i denne fasen (Sæteren, 2004, s. 174). Sjølv har eg vore med å pleia kreftpasientar i terminal fase både på

sjukehus, sjukeheim og i heimesjukepleia. Eg ønskjer å finne ut meir om korleis ein som sjukepleiar skal opptre og handle i slike situasjonar for at den siste tida til pasienten skal bli så god som mogleg.

## 1.1 Problemstilling

Korleis kan ein yte god sjukepleie til heimebuande kreftpasientar i terminal fase?

## 1.2 Avgrensing av problemstilling

Eg har valt å avgrense problemstillinga til kreftpasientar i terminal fase, som då er sluttfasen i den palliative pleia. Eg har då lagt vekt på at det er vaksne pasientar det er snakk om, og har ikkje tatt utgangspunkt i at det er barn som er pasientar. Eg vil trekkje inn pårørande der det er naturleg i oppgåva. I praksis er det sjølvsagt viktig at ein tenkjer på pårørande i terminal fase, då det er dei som i store trekk utfører støtte og hjelp til pasienten i heimen, og som vil sitje igjen med minner og tankar i ettertid.

## 1.3 Ordforklaring

*Palliasjon eller palliativ pleie* er behandling, pleie og omsorg til pasientar med ulækjeleg sjukdom og med kort forventet levetid (Kaasa & Loge, 2016, s. 36). Hovudfokuset i denne perioden er å betre, oppretthalde og leggje til rette for så god livskvalitet som mogleg for både pasienten og hans pårørande. I denne fasen handlar det om å lindre smerte og ivareta både fysiske, psykiske, sosiale og åndelege behov (Kaasa & Loge, 2016, s. 36).

*Terminal fase* vil seie at pasienten lid av ein ulækjeleg sjukdom og truleg vil døy i nær framtid, anten innan nokre dagar eller timar (Norsk palliativ forening & Norsk forening for palliativ medisin, 2016).



## 1.4 Oppbygging av oppgåva

Oppgåva består av ein methodedel, teoridel, resultat, drøfting og konklusjon. Methodedelen beskriv framgangsmåten eg har nytta for å samle inn data, samt kritisk vurdering av kjeldene eg har nytta. Teoridelen er basert på kunnskap generelt om sjukepleie, den terminale fasen og symptomlindring med fokus på smerte, ernæring og dødsangst. Under resultat blir forskingsartiklane presentert. I drøftingsdelen skal eg drøfte teori, forskning og egne erfaringar oppimot problemstillinga. Til slutt vil eg skrive ein konklusjon.

## 2 Metode

Metode er ein framgangsmåte for å svare på problemstillinga og ein måte å komme fram til ny kunnskap på. Den skal vere ein reiskap for å innhente informasjon som ein treng for å belyse problemstillinga (Dalland, 2017, ss. 51-52). Ved litteraturstudie blir relevant forskning og allereie eksisterande kunnskap innanfor eit bestemt forskingsområde, beskriven og analysert. Dette krev systematisk litteratursøk (Thidemann, 2015, s. 81). Eg skal no gjere greie for kva metodisk framgangsmåte eg har nytta for å finne litteratur til teori- og drøftingsdelen av oppgåva.

### 2.1 Litteratursøk

Sidan bacheloroppgåva er ei litterær oppgåve som ikkje har ein bestemt metode, skal eg forklare framgangsmåten eg har nytta for å samle inn data (Dalland, 2017, s. 196). I ei litterær oppgåva hentar ein data gjennom litteratursøk på allereie eksisterande fagkunnskap, forskning og teori (Dalland, 2017, s. 207).

### 2.2 Søkjeprosess

For å finne relevant litteratur har eg gjort systematiske søk på sykepleien.no og i databasane i bibliotekenesta til HVL. Eg valde *Academic Search Elite* og la til databasane *CINAHL* og *MEDLINE*. For å finne gode engelske søkeord nytta eg *SveMed+*. Først nytta eg søkjeorda «cancer», «good healthcare», «home care» og «terminal care or palliative care» i bibliotekenesta til HVL. Eg fekk då tre resultat og valte å nytte denne artikkelen, «A good

death from the perspective of palliative cancer patients». Sidan eg fekk så lite treff endra søkjeorda til «cancer», «health care», «home», «home health care», «quality of death» og «terminal care or palliative care», som gav 43 treff. Sidan eg vil nytte oppdatert forskning av nyare dato avgrensa eg publiseringsdato frå 2010-2019 og fekk då 32 treff. Eg såg på alle og valte å nytte «Place of death and the differences in patient quality of death and dying and caregiver burden».

Eg endra litt på søkjorda til «cancer patients», «quality of life», «terminal care or palliative care», «home», «home health care», «health care» og «care», som gav 284 treff. Eg såg overskrifta på ein artikkel frå 2006, «Quality of life of patients with terminal cancer receiving palliative home care», før eg avgransa publiseringsdato frå 2010-2019 og fekk 178 treff. Deretter la eg til søkjeordet «end of life care» og fekk 75 treff. Eg såg over alle og valte artikkelen «Caregivers' perspectives on oral health problems of end-of-life cancer patients».

Eg søkte også på *Sykepleien*, der eg nytta søkjeorda «palliasjon i hjemmet» og fekk 31 treff. Eg avgrensa søket til forskning og fekk då 8 treff, der valte eg å nytte artikkelen «Individuell plan i palliativ fase – ei hjelp til meistring for pårørnde».

For å finne relevant fagstoff til teori-delen har eg lest i pensumbøker frå sjukepleiestudiet, bøker frå biblioteket og nokre har eg lånt frå ein kreftsjukepleiar i kommunen. *Palliasjon* (Kaasa & Loge, 2016), *Kreftsykepleie* (Reitan & Schjølberg, 2004) og *Sykepleie i hjemmet* (Birkeland & Flovik, 2016) er dei bøkene eg har nytta mest. I tillegg har eg innhenta tilleggs-litteratur og relevant informasjon frå blant anna *Norsk Sykepleierforbund*, *Helsedirektoratet*, *Folkehelseinstituttet*, *Regjeringen* og *Kreftregisteret*.

### 2.3 Kjeldekritikk

Kjeldekritikk vil seie at ein skal vurdere og karakterisere litteraturen ein har funne (Dalland & Trygstad, 2017, s. 158). Ein skal kontrollere om kjelda er truverdig og om ein kan stole på resultatet (Dalland & Trygstad, 2017, s. 152). I bacheloroppgåva har eg nytta både primær-

og sekundærkjelder. Ei primærkjelde er den opphavslege utgåva av ein tekst, medan sekundærkjelda refererer til det som står i primærkjelda. Det kan alltid oppstå feil i ei sekundærkjelde då den attgjev og tolkar opplysingar frå ei eller fleire primærkjelder (Dalland & Trygstad, 2017, s. 162). Det meste av fagstoffet som eg har funne i pensumbøker har eg sett på som sikre og pålitelege kjelder, då dette er litteratur me lærer og nyttar gjennom studiet. Det kan alltid oppstå feil i sekundærkjelder, men eg har valt å stole på pensum-litteraturen, då den skal vere kvalitetssikra av eit pedagogisk personale. Nettsidene eg har nytta for å innhente tilleggs-litteratur, som blant *Helsedirektoratet* og *Folkehelseinstituttet*, ser eg på som truverdige kjelder.

Databasane eg har nytta under litteratursøkinga ligg i bibliotekenesta til høgskulen og er tilgjengelege for oss studentar. Difor har eg sett på desse databasane som pålitelege og sikre kjelder. Artiklane eg har valt er henta frå *Journal of Clinical Oncology*, *Springer Link*, *Pro Quest*, *EBSCOhost* og *Sykepleien*. Alle desse tidsskrifta er kjente og har publisert ei rekkje vitenskaplege dokument og forkingar.

I Norden er det mangel på studiar innan temaet eg har valt. Difor har utfordringa vore å finne relevant forking som ikkje er basert på eit spesifikt land i andre delar av verda, sidan det er forskjell på helse- og omsorgssituasjon i dei ulike verdsdelane. Mesteparten av forkinga eg har nytta er skriven på engelsk. Det kan ha oppstått mogleg feiltolking eller manglar i omsetjinga frå engelsk til norsk. Sidan eg vil ha forking av nyare dato, har eg avgrensa publiseringsdato innanfor dei ti siste åra. Dette med unntak av ein artikkel frå 2006, som eg ser på som relevant for mi oppgåve og i vår tid.

## 3 Teori

### 3.1 Sjukepleie

I følgje Henderson (Mathisen, 2016, s. 127) handlar sjukepleie om å hjelpe mennesket, enten det er sjukt eller friskt, til å utføre handlingar som bidreg til helse, gjenvinning av helse eller til ein fredfull død. Formålet er å ivareta dei grunnleggjande behova som mennesket ville

utført sjølv dersom det hadde hatt styrke eller krefter til det (Mathisen, 2016, s. 127). I terminalfasen kan det vere utfordrande å tilfredsstille dei grunnleggjande behova. Etter kvart vil ikkje pasienten klare å ivareta eigenomsorg. Sjukepleiar må difor heile tida kartleggje pasienten sine ressursar og behov, og rette tiltak etter det (Sæteren, 2004, s. 181). Som sjukepleiar i heimesjukepleia har ein eit sjølvstendig ansvar, der kompetansen vil vere avgjerande. I heimesjukepleia har ein ikkje fokus på ei spesiell pasientgruppe, men ein kan treffe alle typar pasientar (Birkeland & Flovik, 2016, ss. 13-14). Oppgåvene i heimesjukepleia varierer etter pasienten sine behov (Birkeland & Flovik, 2016, s. 35).

Individuell plan (IP) kan bidra til auka kvalitet på pleietenesta og sikre god organisering rundt den døygande. Det er eit verdifullt verktøy som skal dekkje pasienten sine behov og fungera som bindeledd mellom dei ulike omsorgspersonane som deltek i pleia (Birkeland & Flovik, 2016, ss. 41-42). Dersom pasienten på førehand har avklara spesielle ønskjer om behandling og omsorg i livets siste fase, bør desse nedfellast i IP då dei skal vektleggjast ved avgjersler (Helsedirektoratet, 2018a). Ein har rett til å få utarbeida IP ved langvarig og samansette tenester, dette er mellom anna heimla i pasient- og brukarrettigheitslova (Birkeland & Flovik, 2016, ss. 41-42).

Samhandlingsreforma la vekt på at det ville bli større utfordringar, med fleire eldre og endringar i sjukdomsbilete. Det vil sei meir kroniske og samansette sjukdomstilstandar som kols, diabetes og kreft (St.meld. nr. 47, 2008-2009). Dei største endringane i kommunal helse- og omsorgsteneste har først og fremst skjedd i heimesjukepleia. Dette skuldast at større ansvar og oppgåver har blitt overført frå spesialisthelsetenesta til kommunen, grunna kortare liggetid og satsing på dag- og poliklinisk behandling. Det er difor vorte fleire fagleg krevjande og komplekse behov i kommunen. Mangel på sjukepleiarar og anna omsorgspersonell med helse- og sosialfagleg bakgrunn er ei utfordring (Helse og omsorgsdepartementet, 2015, s. 7 & 33).

## 3.2 Kreft

Å bli ramma av kreft vil sei at ein møter livstruande sjukdom og må gjennomgå omfattande behandling. Dette kan gi trussel om tap på både fysisk, sosial og psykologisk plan. Det inneber utfordringar som angst, uro og bekymring for livssituasjonen (Reitan, 2004, s. 47). Med dagens kreftutvikling vil om lag kvar tredje nordmann få ein kreftdiagnose innan dei er fylt 75år (Larsen, Ursin, & Weiderpass, 2018). Kreft er eit samla omgrep på ei rekkje sjukdommar med ukontrollert celledeling. Sjukdomen kan føre til skade på eit enkelt organ eller spreie seg til andre delar av kroppen via blod og lymfesystem (Nome , 2004, s. 272). Dei vanlegaste behandlingsmetodane mot kreft er kirurgi, cytostatika og strålebehandling. Behandlinga kan også påverkar normale celler i kroppen, då forskjellen på cellene er liten, noko som kan gi store biverknader. Dei vanlegaste biverknadene er smerte, kvalme, obstipasjon, fatigue, diaré og tung pust (Lorentsen & Grov, 2016, ss. 399-400). Målet med behandlinga kan vere helbreding, der pasienten blir frisk, eller lindrande behandling. Lindring kan ha som mål å symptomlindre, symptomførebygge og forlenga overleving (Nome , 2004, ss. 287 - 291). I terminalfasen er det viktig å lindre symptom som trugar tilfredsstilling av fysiske behov. Nokre av dei vanlegaste symptoma av døyande kreftpasientar er smerte, kvalme, dyspné, utmattelse og obstipasjon (Sæteren, 2004, s. 181).

Smerte er kanskje det symptomet pasienten fryktar mest. Årsaka til smertene kan vere samansett og utfordrande å identifisere. Det treng nødvendigvis ikkje vere fysiske årsaker, men også psykiske, sosiale og åndelege (Sæteren, 2004, s. 181). Kreftsmerte blir klassifisert som akutte eller kroniske. Det vil sei jamn vedvarande smerte, men i tillegg akutte, høgintense smerteepisodar. I 70% av tilfella er smertene forårsaka av grunnsjukdommen. Andre årsaker kan vere metastasar som for eksempel pressar på nerve eller vev. Det kan også oppstå som følgje av behandling med cytostatika, stråling eller kirurgi, som kan gi nerveskade etter amputasjon eller toksisk verknad og skade på vev. I tillegg kan det skuldast ikkje-malign årsak (Bjørgmo, 2004, ss. 142-145).

Nokre kreftpasientar kan vere plaga med kvalme. Årsaka kan vere samansett og utfordrande å fastslå. Det kan skuldast biverknad av opioider, strålebehandling, cellegift, sjølve

sjukdommen eller redusert tarmfunksjon som kan gi oppfylling og føre til kvalme. (Bye, 2004, ss. 166-170). For å dempe kvalme kan ein forsøkje å behandle underliggende årsak, eller symptomlindre ved unngå stimuli som framkallar kvalme og gi kvalmedempande medikament (Halvorsen & Aass, 2016, ss. 554-555).

I terminalfasen får nokre anstrengt respirasjon med bronkiale lydar som skuldast auka sekretanning i luftvegane. Denne dødsrallinga er skremmande for pårørande. Sjukepleiar kan her gi medikament for å hemme sekretproduksjonen. I tillegg har morfin ein respirasjonsdempande effekt, som kan nyttast for å lindre pustebesvær (Gulsvik & Halvorsen, 2016, ss. 591-592).

### 3.3 Den terminale fasen

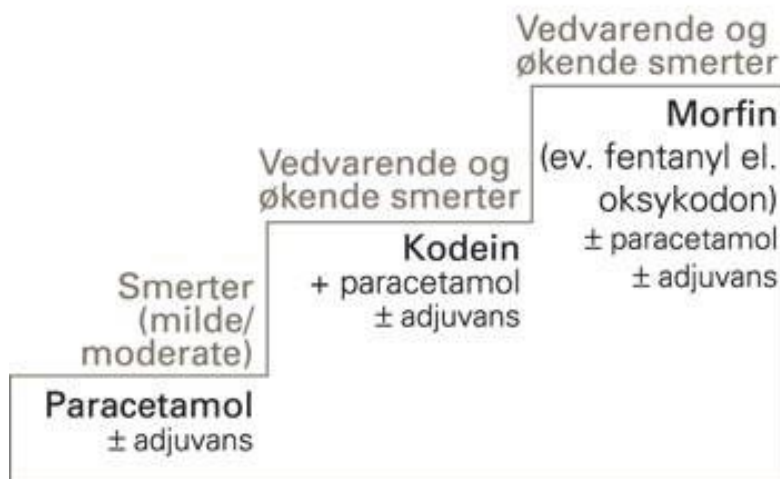
«Tidspunktet for terminal omsorg er inne når kurativ behandling av pasientens sykdom ikke lenger har virkning eller mening i forhold til pasientens virkelige behov» (Sæteren, 2004, s. 180). Å avslutte livsforlengjande og livsopphaldande behandling kan vere ei utfordring. Ein må då vege opp kor vidt forlengjande behandling er hensiktsmessig i forhold til belastninga behandlinga medfører. I den terminale fasen er målet å lindre plager og samtidig gi behandling som ikkje forlengjer unødvendig lidning (Kaasa & Loge, 2016, s. 48). I følge dei Yrkesetiske Retningslinjene skal ein som sjukepleiar bidra til ein naturleg og verdig død, og ein skal sørgje for at pasienten ikkje døyr aleine (Norsk Sykepleierforbund, 2016). Når ein døyr av ein kreftsjukdom inneber det at ein har tid til å førebu seg. Ei utfordring i omsorga for døyande pasientar er å hjelpe dei til å leve i augneblinken og tileigne livet mening. For å lindre lidning må ein ha eit heilskapssyn på mennesket. Det vil seie at ein må ivareta både fysiske, psykiske, sosiale og åndelege behov (Sæteren, 2004, ss. 180 - 181).

For at ein pasient skal kunna døy heime, krevst det god planlegging og samarbeid i forkant. Ein individuell plan vere eit nyttig verktøy, då den inneheld oversikt over mellom anna mål, oppgåver og ansvarsfordeling (Birkeland & Flovik, 2016, s. 41). I heimen kan pasienten finne meir ro og fred, og slepp å vere omgitt av andre sjuke. Den døyande skal ikkje vere aleine over lengre tid. Dette kan bli ei stor belastning for pårørande både fysisk og psykisk.

Sjukepleiar må også ha ressursar til omsorg for pårørande. Helsetenesta, gjerne med eit avgrensa pleiepersonale som har kjennskap til pasient og pårørande, må vere tilgjengeleg heile døgnet. Pårørande har til ei kvar tid kontroll over kva som skjer, medan dei i institusjon vil ha ei meir passiv rolle. I tillegg får dei tilbringe den siste tida tett saman med pasienten, noko som kan lette på sorga. Samtidig er det ei stor belastning å ha ein døydde pasient heime (Birkeland & Flovik, 2016, ss. 101-102). Samarbeid med pårørande i heimesjukepleia er viktig, då det er dei som kjenner pasienten best og tilbringar mest tid med han (Birkeland & Flovik, 2016, s. 143).

### 3.3.1 Smertelindring

Verdas helseorganisasjon har utarbeida smertetrappa (figur 1), som er eit hjelpemiddel for behandling av kreftmerter. Trappa består av tre trinn, og smerteintensiteten aukar med trappehøgda. I første omgang nyttar ein ikkje-opioid analgetika, som NSAIDs og paracetamol. Dersom det ikkje er tilstrekkeleg går ein over til andre trinn, som består av ikkje-opioid i tillegg til svakt opioid, som kodein eller tramadol. Ved moderate til sterke smerter går ein til siste trinn, som består av ikkje-opioid i tillegg til sterke opioidar, som morfin (Bjørngmo, 2004, ss. 148-150). I terminalfasen er morfin førstevallet blant opioidane. Det er viktig å ha fokus på døgkontinuerleg smertelindring, då nokre vil ha behov for auka dose den siste tida. Ei viktig oppgåve er å gjere smerteanalyse og kontrollere smerteutviklinga kontinuerleg (Brenne & Dalene, 2016, ss. 643-644). Ved hjelp av visuell analog skala (VAS) kan ein systematisk kartleggje smerteintensiteten. Pasienten gradera smertene på en skala frå ein til ti. Ved tre eller meir vil dei fleste ha behov for behandling (Bjørngmo, 2004, ss. 145-146). Friheit frå smerte er eit urealistisk mål. Ein skal lindra plagsame symptom slik at ein har kontroll og at det ikkje hemmar pasienten (Kaasa, 2016, s. 404). Til tross for god smertelindring kan biverknad som trøyttheit, kvalme og obstipasjon vere eit hinder (Bjørngmo, 2004, ss. 146-147).



Figur 1: Illustrasjon av smertetrapp for kreftrelaterte smerter (Borchgrevink, Klepstad, Kongs, & Kaasa, 2004, s. 338).

### 3.3.2 Ernæring

Væske og ernæring er eit følsamt område som skapar bekymring hjå pårørande (Helsedirektoratet, 2018b). Ved kreftsjukdom skjer det ei rekkje endringar som påverkar både matlyst og moglegheit til å få i seg mat (Bye, 2004, s. 156). I livets siste fase er små slurkar med vatn og minimalt med mat tilstrekkeleg. Dei kan også ha svelgproblem som gjer at ein må vere forsiktig, då det kan resultere i hoste, følelse av å ikkje få puste og i verste fall kveling. I tillegg kan smertelindrande medikament gjer at pasienten er mindre vaken og dermed ikkje tek til seg ernæring (Helsedirektoratet, 2018b). Ei anna årsak kan vere munnsårheit som følgje av medikament eller behandling med stråling eller cytostatika. Dette kan gi redusert spyttproduksjon, tørre slimhinner og auka risiko for kariesangrep og infeksjon. Munnstell og god tannhygiene er viktig for å fukte munnen og forhindre infeksjon (Bye, 2004, s. 169).

### 3.3.3 Krise og dødsangst

I terminalfasen opplever mange pasientar angst og indre uro (Brenne & Dalene, 2016, s. 644). Med døden nært førestående utfordrar det våre tankar om livet, vår eksistens og kjensler (Birkeland & Flovik, 2016, ss. 98-99). Kreftpasientar har ofte mykje tankar kring døden og angst for å dø. Dødsangsten er knytt til det som kjem etter døden, altså



tilintetgjerung (Reitan, 2004, s. 50). Sjølve dødsaugneblinken er noko som skapa uro hjå pårørande. Det finst ingen fasit om når eller korleis døden inntre. Døden er uansett forbunde med noko vondt og vanskeleg, som gir auka behov for støtte og omsorg (Birkeland & Flovik, 2016, ss. 103-104). Kreftpasienten har behov for å kunne uttrykke tankar og følelsar, oppretthalde relasjonar, få informasjon og kunne tilpasse livet med sjukdom og liding (Reitan, 2004, s. 53). For mange har åndelege og religiøse forhold stor betyding for meistringsevne. Det å tru kan hjelpe dei til å setje livet i ein samanheng, finne meininga med livet og døden, og gi dei eit håp om eit liv etter døden (Birkeland & Flovik, 2016, ss. 98-99).

## 4 Resultat

«**A good death from the perspective of palliative cancer patients**» av Lisa Kastbom, Anna Milberg og Marit Karlsson (2016). Bakgrunnen med studien var at dei ulike kulturane i verda har nokre likskapstrekk, men ser også forskjellig på kva som er ein god død. Slike studiar er det mangel på i dei nordiske landa. Målet var derfor å utforske kva som vart oppfatta som ein god død blant døydande kreftpasientar i Sverige. Dette er ein kvalitativ studie som blei gjennomført ved hjelp av intervju. 66 kreftpasientar i palliativ fase frå både heimesjukepleie og sjukehus deltok i studia. Det blei stilt spørsmål om liv og død, kommunikasjon, støtte, kreftomsorg og eutanasi. Resultatet viste at deltakarane såg på døden som ein prosess. Nokre kreftpasientar blei trøysta av trua på at døden var førehandsbestemt og at det fantes noko etter døden. Fleirtalet assosierte ein god død og det å døy komfortabelt med friheit frå smerte og anna ubehag, som angst. For eksempel ved å døy raskt, med minimalisert liding og gode sosiale relasjonar.

«**Place of death and the differences in patient quality of death and dying and caregiver burden**» av Hiroya Kinoshita et al. (2015). Formålet med studien var å finne ein samanheng mellom dødsstad og kvaliteten på døden, og byrda det gav på omsorgspersonen og familien. Dette er ein kvantitativ studie der totalt 2247 familiar som hadde mista pasientar med kreft deltok i undersøkinga (svarprosent 67%) ved å nytte «Good Death Inventory» og «Caregiving Consequences Inventory». Resultatet viste at kvaliteten på døden var merkbart høgare i heimen, enn om dei skulle tilpasse seg for å døy ein anna plass. Dei rapporterte at å døy

heime betydde å døy på ein favorittstad, med gode relasjonar til helsepersonell og familie, og det oppretthaldt håp og glede. I tillegg var heimen assosiert med lågare belastning for omsorgspersonane.

**«Individuell plan i palliativ fase – ei hjelp til meistring for pårørande»** av Sølvi Anne Eide Lunde (2017). Bakgrunnen med studien er at mange pasientar ønskjer å vere heime i livets slutfase, og korleis deira pårørande meistrar heimesituasjonen kan vere avgjerande. Målet med studien var difor å undersøkje korleis ein individuell plan i palliativ fase bidrog til meistring hjå pårørande. Dette er ein kvalitativ studie der det blei samla to fokusgrupper av 12 vaksne overlevande slektningar. Det blei nytta ein fenomenologisk hermeneutisk tilnærming for å undersøkje deira erfaringar. Det vil seie at informantane først beskrev sjølve situasjonen og deretter blei samtalan analysert og tolka. Resultatet viste at informantane beskrev kvardagen som utfordrande då dei heile tida måtte vere i beredskap. Dei opplevde den individuelle planen som støtte. Planen bidrog til tryggleik for pårørande og skapte orden i kaoset. Den gav betre planlegging og heilskapleg omsorg. Planen fekk dei til å føle håp, og at dei var ein ressurs og eit team rundt pasienten.

**«Quality of life of patients with terminal cancer receiving palliative home care»** er ein kvantitativ studie av Yan Szeto og Cheng Kin-Fong (2006). Formålet med studien var å få fram dei ulike nivåa av livskvalitet for kreftpasientar som mottek palliativ pleie i heimen. Dette blei gjort ved å samle data frå 85 kreftpasientar med forventa levetid på mindre enn 12 månadar. Gjennom studia blei det funne ein samanheng mellom alder og livskvalitet. I tillegg ein negativ samanheng mellom smerteintensitet og fysisk aktivitet. Sjølv om forskjellen er minimal, viste resultatet at terminale kreftpasientar som tok imot palliativ pleie i heimen, opplevde høgare grad av livskvalitet enn på aldersheim. Dette var spesielt i forbindelse med støtte. Fleirtalet indikerte smerte som verste fysiske symptom, med ein gjennomsnittleg smertescore på 4.

**«Caregivers' perspectives on oral health problems of end-of-life cancer patients»** av Ezenwa et.al (2016). Formålet med studien var å fastslå omsorgspersonars perspektiv på

orale helseproblem hjå kreftpasientar i livets slutfase og finne ut kva faktorar som bidreg til dette. Dette er ein kvantitativ studie der det blei gjennomført eit klinisk observasjonsstudie hjå 104 omsorgspersonar. Dei svarte på ein «Oral Problem Scale» for å få fram sine perspektiv. Resultatet viste at meir enn halvparten av omsorgspersonane rapporterte at munnhygiene var eit svært viktig ansvarsområde for dei og at det var viktig å vurdere kreftpasientens munnproblem. Dei rapporterte også at dei var dårlege til å spørje pasienten om munnproblem. Det var ein klar samanheng mellom omsorgspersonane og kreftpasientane sine vurderingar når det gjaldt munnsmerter, smaksending og sosial påverknad.

## 5 Drøfting

### 5.1 Sjukepleie i terminalfasen

I terminalfasen er hovudfokuset for sjukepleie å lindre symptom som trugar tilfredsstilling av fysiske behov (Sæteren, 2004, s. 181). Det står i dei Yrkesetiske Retningslinjene for sjukepleiarar at ein skal bidra til ein naturleg og verdig død (Norsk Sykepleierforbund, 2016). I studien til Kastbom, Milberg og Karlsson kom det fram at kreftpasientane assosierte ein verdig død med friheit frå smerte og anna ubehag (Kastbom et al., 2016, s.936). Difor står symptomlindring sentralt for at den siste tida til pasienten skal bli så god som mogleg. Gjennom praksis har eg erfart at symptom som smerte, utmatting og dyspné kan gjere det utfordrande å tilfredsstille dei grunnleggande behova i terminalfasen. Sjukepleie handlar generelt om å ivareta grunnleggande behov, som pasienten sjølv ville ha utført om han hadde hatt styrke eller krefter til det (Mathisen, 2016, s. 127). Dette kan vere utfordrande i terminalfasen då fysiologiske, livsopphaldande prosessar er i ferd med å opphøyrast (Brenne & Dalene, 2016, s. 639). Det vil vere tidkrevjande å ivareta dei grunnleggjande behova då pasienten gjerne søv mykje og ikkje minst er smerte eit uttalt problem som kan gjere det utfordrande å for eksempel snu pasienten under stell. Ei viktig oppgåve for sjukepleiarar er difor å symptomlindre for at ein skal kunne tilfredsstille dei grunnleggjande behova. Smertelindring i god tid før stellet kan minske lidinga. Sjukepleiar må ein heile tida kartlegge pasientens ressursar og behov, då han etter kvart ikkje vil klare å ivareta eigenomsorg.

I heimesjukepleia har ein sjølvstendig ansvar og færre å rådføra seg med undervegs (Birkeland & Flovik, 2016, ss. 13-14). Ein jobbar ikkje tett saman med andre, slik som på institusjon. Det positive er at ein lærer seg å vere sjølvstendig og handtere ulike situasjonar som kan komme godt med seinare i arbeidslivet. Etter at samhandlingsreforma blei innført har det blitt større ansvar og meir fagleg krevjande og komplekse behov i kommunen (Helse og omsorgsdepartementet, 2015, s. 7 & 33). Ein står ovanfor utfordringar med fleire kroniske og samansette sjukdomstilstandar, som kreft (St.meld. nr. 47, 2008-2009). I heimesjukepleia kan ein treffe alle typar pasientar i ulike situasjonar, som kreftpasientar i ulike stadium av sjukdommen. Dette stiller større krav til eigenkompetansen hjå sjukepleiar. Samtidig er det mangel på sjukepleiarar og kvalifisert personell med helsefagleg bakgrunn. Dette resulterer i ein travel kvardag med tidspress som kan gå utover pleia til pasientane. I terminalfasen har ein gjerne behov for hyppig besøk, noko som kan bli utfordrande. Gjennom praksis har eg treft pasientar som trekkjer fram akkurat desse utfordringane og vegrar seg for å spørje om hjelp. Her må sjukepleiar få fram at tidspresset ikkje skal vere i vegen for å yte god sjukepleie, og at ein er på jobb for å hjelpe kvar enkelt med deira behov. Dette kan bidra til å vise respekt for pasienten og at dei føler seg verdsett.

## 5.2 Kreft - ein trussel om tap og dødsangst

Kreft er eit aukande problem, og med dagens utvikling vil ein av tre frå ein kreftdiagnose (Larsen, Ursin, & Weiderpass, 2018). Det å få ein kreftsjukdom gjer at ein møter store utfordringar i livet, som angst, uro og bekymring for livssituasjonen. I tillegg må ein gjennom omfattande behandling med for eksempel kirurgi, cytostatika eller stråling, som kan gi ei rekkje biverknader og trussel om tap (Lorentsen & Grov, 2016, ss. 399-400). Gjennom praksis har eg treft kreftpasientar som har gjennomgått tap iform av amputasjon av kroppsdel, sosiale relasjonar, kroppsfunksjon eller at dei har mista trua. Dette kan verke inn på livssituasjonen og det kan vere utfordrande å hjelpe dei til å leve i augneblinken og tileigne livet meining (Sæteren, 2004, s. 180). Støtte og omsorg vil difor vere ei viktig sjukepleieoppgåve i ein slik situasjon. Målet med behandlinga kan vere å helbrede eller lindre (Nome, 2004, ss. 287 - 291). Når behandlinga ikkje lenger har verknad i forhold til pasientens verkelege behov er tida inne for terminalomsorg, og ein går over på å fokusera på lindring av symptom som trugar tilfredsstilling av fysiske behov (Sæteren, 2004, s. 180). Det

å avslutte livsopphaldande behandling kan vere utfordrande, men ein må tenkje på belastninga og kva som er til det beste for pasienten. Sjukepleiar kan bidra til ein verdig død ved å lindre plager eller fortsetje behandling og forlengje unødvendig lidning (Kaasa & Loge, 2016, s. 48). Ved avgjersler i livets siste fase skal ein vektleggje pasientens ønskjer dersom dei er avklara (Helsedirektoratet, 2018a). Sjukepleiar må heile tida tenkje på kva pasienten sjølv ville ha ønska og gjort i den aktuelle situasjonen, når ein yter pleie og omsorg til pasienten.

Det å døy av ein kreftsjukdom, inneber at en har tid til å førebu seg (Sæteren, 2004, s. 180). I motsetnad til ei ulykke som skjer brått og uventa, har ein i den palliative og terminale fasen tid til å ta farvel med ein kreftpasient. Difor må sjukepleiar oppfordre pårørande til å utnytte den siste tida dei har ilag med pasienten ved å forsøkje å tileigne livet meining den siste tida. Det treng ikkje vere noko stort, men berre å vere saman og lytte til pasienten sine ønskjer. Samtidig vil terminalfasen vere prega av angst og indre uro, med utfordrande tankar kring livet, eksistens og kjensler (Brenne & Dalene, 2016, s. 644). Det er ofte tankar kring døden og det som kjem etterpå som kan stille sterkt, altså tilintetgjerung (Reitan, 2004, s. 50). Som sjukepleiar er det viktig at ein er til stades, lyttar og viser respekt for kreftpasienten. Han må få uttrykkje sine tankar og følelsar kring livet og døden. Det er også mange som vender seg til tru og religion i livets slutfase, då det kan hjelpe dei til å setje livet i samanheng, finne meining med livet og døden, og det gir dei eit håp om liv etter døden (Birkeland & Flovik, 2016, ss. 98-99). Dette kom også fram i studien til Kastbom et al. der resultatet viste at nokre kreftpasientar blei trøysta av trua på at døden var førehandsbestemt og at det fantes noko etter døden (Kastbom et al, 2017, s.937). Gjennom praksis har eg også observert at mange vender seg til religion og tru i livets slutfase. Ofte har dei eit stort behov for at me er til stades og lyttar, og ikkje nødvendigvis set så mange ord på ting. Difor er det viktig at sjukepleiar lyttar og understøttar pasientens tru og håp, sjølv om ein gjerne ikkje er truande sjølv, då det kan ha stor betyding for pasienten den siste tida.

### 5.3 Terminalfasen – støtte, omsorg og symptomlindring i heimen

Det at ein pasient får tilbringe den siste tida i eigen heim kan dempe angst og tankar kring døden. I studien til Kinoshita et.al viste resultatet at kvaliteten på døden var merkbar høgare i heimen, enn om dei måtte tilpasse seg for å døy ein anna plass. I tillegg blei det rapportert at å døy heime, betydde å døy på ein favorittstad, med gode relasjonar rundt seg og det oppretthaldt håp (Kinoshita, et al., 2015). I heimen er ikkje ting så framandt og pasienten får tilbringe den siste tida tett saman med pårørande, noko som kan lette på sorga. Samtidig er det ei stor belastning å ha ein døyande pasient heime. I følgje yrkesetiske retningslinjer skal sjukepleiar sørgje for at pasienten ikkje døyr aleine (Norsk Sykepleierforbund, 2016). Dette krev meir av pårørande, då dei til ei kvar tid må vere heime, noko som kan bli ei stor belastning for dei. Sjukepleiar må difor også ha ressurs til omsorg for pårørande (Birkeland & Flovik, 2016, ss. 101-102). Omsorgsbelastninga kan føre til at pårørande blir utslitne. Det kan også skape negative minner i ettertid ved at dei forbind spesielle rom med sorga og tapet, og det kan bli utfordrande å opphalde seg der. Sjukepleiar må på førehand forsikra seg om at pårørande er klar over kva rolle dei vil få i heimen og kva belastning situasjonen kan gi. Samtidig kan det vere ei støtte for pårørande då dei til ei kvar tid har kontroll over kva som skjer i heimen, noko dei ikkje ville hatt dersom pasienten var på institusjon. Som sjukepleiar er det viktig å lytte til korleis pårørande har det og forsøkje å hjelpe og støtte dei. Gjerne utan pasienten til stades, då det gir moglegheit for at dei opnar seg meir for samtale. Sjukepleiar må også avlaste pårørande når ein er på heimebesøk. Dette kan ein gjer ved å la dei få kvile eller ta seg ein luftetur, medan sjukepleiar utfører oppdraget. Ein må holde pårørande oppdatert og gi kontinuerleg informasjon.

I studien til Lunde rapporterte pårørande at kvardagen var utfordrande då dei heile tida måtte vere i beredskap. Dei rapporterte at ein individuell plan gav betre planlegging, heilskapleg omsorg og skapte orden i kaoset (Lunde, 2017). Dette er ein plan for pleia til pasienten, som skal dekkje hans eller hennar behov og fungera som eit bindeledd for dei som deltek i pleia (Birkeland & Flovik, 2016, ss. 41-42). Ein individuell plan er gjerne noko ein får utarbeida i ein tidlegare fase, men det kan vere eit nyttig verktøy for å få til eit godt arbeid kring symptomlindringa i terminalfasen. Sidan det er fleire sjukepleiarar som deltek i pleia, kan planen bidra til god organisering rundt pasienten. Her kan ein nedfelle

ansvarsoppgåvene for sjukepleiar og pårørande, samt pasienten sine ønskjer for pleie og omsorg den siste tida. Dette kan bidra til tryggleik og støtte for pårørande og dei kan føle seg som ein ressurs for pasienten. Samarbeidet med pårørande vil vere avgjerande i terminalfasen, då det er dei som tilbringar mest tid med pasienten og observera utvikling kontinuerleg (Birkeland & Flovik, 2016, s. 143). Sett frå ei anna side ville det å vere på ein institusjon gitt tettare oppfølging frå sjukepleiar, sidan det er pleiarar til stades heile tida. Dette har ein ikkje moglegheit til i heimesjukepleia, då ein gjerne har fleire sjukepleieoppgåver på kort tid og det er mangel på kvalifisert personell som kan utføre oppgåvene.

### 5.3.1 Symptomlindring

Hovudoppgåva for sjukepleie terminalfasen er å lindre liding. For å gjere det må ein ivareta både fysiske, psykiske, sosiale og åndelege behov. Nokre av dei vanlegaste symptomta hjå kreftpasientar i terminalfasen er smerte, kvalme, dyspné, utmatting og obstipasjon (Sæteren, 2004, ss. 180-181). Fleirtalet av kreftpasientar i studien til Szeto og Kin-Fong indikerte smerte som verste fysiske symptom, med ein gjennomsnittleg smertescore på 4 (Szeto & Kin-Fong, 2006, s. 264). I siste fase av livet er smerte kanskje det pasienten fryktar mest. Gjennom praksis har eg erfart at smerte kanskje er det symptomet som er mest utfordrande for sjukepleiar å oppnå god kontroll over. Årsakene til smertene kan vere mange, samansette og utfordrande å identifisera (Sæteren, 2004, s. 181). Typisk ved kreftmerter er at dei har kronisk smerte, men også akutte, høgintense smerteepisodar (Bjørgmo, 2004, ss. 142-145). For å oppnå god smertelindring må sjukepleiar døgntkontinuerleg gjere smerteanalyse og kontrollere smerteutviklinga (Brenne & Dalene, 2016, ss. 643-644). Gjennom praksis har eg lært å nytte VAS-skalaen som hjelpemiddel til kartlegging av smerte. Pasientane i studien til Szeto og Kin-Fong (2006) hadde ein smertescore på fire, altså over grensa for behandling og eit teikn på at smertene var eit problem (Bjørgmo, 2004, ss. 145-146). I tillegg vil samarbeidet med pårørande vere viktig for kartlegginga, då dei kjenner pasientens uttryksmåtar og kroppsspråk betre enn helsepersonell.

Det å bli smertefri er eit urealistisk mål, men ein skal bli så godt lindra at ein har kontroll og at det ikkje hemmar pasienten (Kaasa, 2016, s. 404). Som eit hjelpemiddel for behandling av kreftsmarter har ein smertetrappa. I terminalfasen er morfin førstevallet for smertelindring og ein er altså på det tredje og siste trappetrinnet (Bjørngmo, 2004, ss. 148-150). Ei utfordring er å finne ein balanse mellom god lindring og at ikkje biverknader som trøyttheit, kvalme og obstipasjon tek overhand og øydelegg den gode effekten (Bjørngmo, 2004, ss. 146-147). Gjennom eigen observasjon har eg sett at pasientane ofte blir så sløva på morfin at dei søv nesten heile tida, og at dette skapar frustrasjon hjå pårørande då dei ikkje får kontakt med pasienten. Som sjukepleiar kan ein informera pårørande om effekten og biverknadane av morfin for å vise forståing for deira frustrasjon. Ein kan også forsøkje å få dei til å sjå positivt på søvnen, ved at pasienten har det fredeleg.

I terminalfasen vil interesse for mat og drikke avta, og ein føler i liten grad svolt. Dette er eit følsamt område, som skapar frustrasjon hjå pårørande (Helsedirektoratet, 2018b). Det kan vere endå eit teikn på at livet går mot slutten. Gjennom praksis har eg fleire gongar treft pårørande som så gjerne vil at me skal prøve å få i pasienten mat, sjølv om me ser at han ikkje er mottakeleg for det. Her er det viktig at sjukepleiar informerar pårørande om kvifor ernæringsinntaket blir redusert i siste fase, for å trygge dei og for at dei skal respektera situasjonen. Nokre kreftpasientar kan vere plaga med kvalme, som kan føre til redusert næringsinntak (Bye, 2004, ss. 166-170). Sjukepleiar kan sørgje for god utlufting for å forhindre framkallande stimuli og administrere kvalmedempande medikament (Halvorsen & Aass, 2016, ss. 554-555). Svelgproblematikk og sløvheit som følgje av smertelindrande medikament kan gjere det utfordrande med inntak av næring i terminalfasen (Helsedirektoratet, 2018b). Difor må ein være forsiktig når ein tilbyr mat og drikke. Sjukepleiar kan undervise og rettleia pårørande, slik at dei for eksempel kan gi drikke på te-skei når pasienten er våken. Dette kan bidra til å fukte munnen, då dei ofte har redusert spyttproduksjon og tørre slimhinner. Dette vil også vere prevantivt i forhold til den auka risikoen for kariesangrep og infeksjon (Bye, 2004, s. 169).



I studien til Ezenwa et.al kom det fram at over 50% av deltakarane rapporterte at munnhygiene var eit svært viktig ansvarsområde hjå omsorgspersonen og ikkje minst å vurdere munnproblem av kreftpasienten. Likevel kom det fram at dette var noko pasienten sjeldan blei spurt om. Det var også ein stor prosent som rapporterte munnsmerter og at det gav sosial innverknad (Ezenwa, et al., 2016, s. 4772). Gjennom eigen observasjon er munnstell og munnproblem eit tema ein har for lite fokus på i praksis og som det blir slurva med. Dette er svært uheldig for pasienten då dei kan bli påført unødvendig lidning på grunn av slurv med munnstell. I tillegg når munnsmerter gir sosial innverknad kan det påverka dei til å oppretthalde sosiale relasjonar og det kan gi auka psykisk smerte. Difor er det viktig at sjukepleiar lagar gode prosedyrar for munnstell og har utstyr lett tilgjengeleg. Sjukepleiar kan avtale med pårørande at dei for eksempel kan fukte munnen gjerne ein gong i timen og at sjukepleiar kan utføre fullt munnstell når dei er på besøk.

Nokre pasientar får etter kvart anstrengt og surklede respirasjon. Dette kan vere skremmande for pårørande å høyre på (Gulsvik & Halvorsen, 2016, ss. 591-592). Gjennom praksis har eg erfart dette, og det er forferdeleg å høyre nokon puste så tungt. Sjukepleiar kan administrera medikament som hemmar sekretproduksjon. I tillegg har morfin, som ein uansett gir for smertelindring, også ein respirasjonsdempande effekt (Gulsvik & Halvorsen, 2016, ss. 591-592). Sjukepleiar kan også endre stilling, heve overkroppen og støtte med puter, for å lette på respirasjonen til pasienten. Det kan vere utfordrande for pårørande å sjå prosessar i kroppen avta i terminalfasen. Sjølv dødsaugneblinken er noko som skapar stor bekymring og uro. Døden er forbunde med noko vondt og vanskeleg, som gir auka behov for støtte og omsorg (Birkeland & Flovik, 2016, ss. 103-104). Gjennom eigen observasjon har eg sett denne uroa hjå pårørande då dei fundera mykje på kor lenge pasienten har igjen å leve og korleis pasienten har det den siste tida. Det tek ofte litt tid for dei å innsjå at me som sjukepleiarar ikkje kan forutsjå dette og at det ikkje finst noko fasit på. Som sjukepleiar kan ein difor informera dei om dødsprosessen og kor individuell den er, då det kan bidra til å vise forståing for deira uro.

## 5.4 Konklusjon

For å yte god sjukepleie til heimebuande kreftpasientar i terminal fase, må ein ha hovudfokus på symptomlindring. Først og fremst symptom som trugar tilfredsstilling av fysiske behov, som smerte, kvalme, dyspné, utmatting og obstipasjon. Smerte er kanskje det symptomet kreftpasienten fryktar mest i terminalfasen, dette er også kanskje det mest utfordrande område for sjukepleiar å oppnå god kontroll over. Ein må forsøkje å finne ein god balanse mellom god lindring og at biverknader ikkje øydelegg effekten. Sjukepleiar skal bidra til ein verdig død ved å ivareta grunnleggjande behova og lindre lidning.

For å yte god sjukepleie må ein vektleggje pasienten sine ønskjer i utøving av pleie og omsorg. Å lindre lidning krev heilskapleg omsorg, og ivaretaking av både fysiske, psykiske, sosiale og åndelege behov. Områder som er viktig å fokusera på i terminalfasen er munnstell, tung pust og tankar kring dødsangst. Tru og håp har ofte stor betydning i terminalfasen, då det kan gi eit håp om liv etter døden. Difor er det viktig at sjukepleiar understøtta trua til pasienten og lyttar til hans eller hennar tankar. Det å få vere heime i terminalfasen kan bidra til tryggleik og støtte, då dei får vere saman med sine næraste.

Det er viktig at ein på førehand har klarlagt ein god plan for pleie, gjerne ved hjelp av ein individuell plan. Dette for å gi betre organisering og for å få eit bindeledd mellom omsorgspersonane som deltek i pleia til pasienten. I heimesjukepleia vil samarbeidet med pårørande vere avgjerande, då dei kjenner pasientens uttrykksmåtar og kroppsspråk best. I tillegg er det pårørande som tilbringar mest tid med pasienten og ser utviklinga best.

## Litteraturliste

- Birkeland, A., & Flovik, A. (2016). *Sykepleie i hjemmet*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Björgmo, S. (2004). Smerte og smertebehandling. I A. Reitan, & T. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie, Pasient - utfordring - handling* (ss. 139-155). Oslo.
- Borchgrevink, P., Klepstad, P., Kongs, U., & Kaasa, S. (2004). Bruk av opioider mot sterke kreftrelaterte smerter. *Tidsskriftet Den Norske Legeforening*, 124: 337-8, ss. 337-338.
- Brenne, A.-T., & Dalene, R. (2016). Symptomlindring av den døende pasienten. I S. Kaasa, & J. Loge (Red.), *Palliasjon - Nordisk lærebok* (ss. 638 - 652). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Brenne, A.-T., & Estenstad, B. (2016). Hjemmedød. I S. Kaasa, & J. Loge (Red.), *Palliasjon - Nordisk lærebok* (ss. 161- 171). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Bye, A. (2004). Ernæring. I A. Reitan, & T. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie, Pasient - utfordring - handling* (ss. 156 - 173). Oslo: Akribe Forlag.
- Dalland, O. (2017). I O. Dalland, *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Dalland, O., & Trygstad, H. (2017). Kilder og kildekritikk. I O. Dalland, *Metode og oppgaveskriving* (ss. 148- 165). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Ezenwa, M., Fischer, D., Epstein, J., Johnson, J., Yao, Y., & Wilkie, D. (2016, november). Caregivers' perspectives on oral health problems of end-of-life cancer patients. *EBSCOhost*, ss. 4769-4777. Henta mai 9, 2019 frå EBSCOhost:  
<http://web.b.ebscohost.com/galanga.hvl.no/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=21&sid=69ff1d75-cf20-4c7e-985d-4996b0140d6a%40sessionmgr101>
- Gulsvik, A., & Halvorsen, T. (2016). Pustebesvær. I S. Kaasa, & J. Loge (Red.), *Palliasjon, Nordisk lærebok* (ss. 583 - 593). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Halvorsen, T., & Aass, N. (2016). Kvalme og oppkast. I S. Kaasa, & J. Loge (Red.), *Palliasjon, Nordisk lærebok* (ss. 549-560). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Helse og omsorgsdepartementet. (2015, mai 7). *Omsorg 2020 - Regjeringens plan for omsorgsfeltet 2015-2020*. Henta mai 10, 2019 frå Regjeringen:  
[https://www.regjeringen.no/contentassets/af2a24858c8340edaf78a77e2fbe9cb7/omsorg\\_2020.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/af2a24858c8340edaf78a77e2fbe9cb7/omsorg_2020.pdf)

- Helsedirektoratet. (2018a, september 18). *Kommunikasjon og samvalg*. Henta mai 4, 2019 frå Helsedirektoratet: <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/lindrende-behandling-i-livets-slutfase/kommunikasjon-og-samvalg>
- Helsedirektoratet. (2018b, september 18). *Mat og drikke når døden er nært forestående*. Henta mai 5, 2019 frå Helsedirektoratet: <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/lindrende-behandling-i-livets-slutfase/mat-og-drikke-nar-doden-er-naert-forestaende#legg-til-rette-for-samtale-om-mat-og-drikke-med-pasient-parorende-nar-doden-er-naert-forestaende>
- Kaasa, S. (2016). Smertelindring - generelle prinsipper. I S. Kaasa, & J. Loge (Red.), *Palliasjon, Nordisk lærebok* (ss. 402 - 410). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Kaasa, S., & Loge, J. (Red.). (2016). *Palliasjon - Nordisk lærebok*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Kaasa, S., & Loge, J. (2016). Palliativ medisin - en innledning. I S. Kaasa, & J. Loge (Red.), *Palliasjon* (ss. 34-50). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kastbom, L., Milberg, A., & Karlsson, M. (2016, mars). A good death from the perspective of palliative cancer patients. *Springer Link*, ss. 933-939. Henta april 26, 2019 frå Springer Link: <http://dx.doi.org/galanga.hvl.no/10.1007/s00520-016-3483-9>
- Kinoshita, H., Maeda, I., Morita, T., Miyashita, M., Yamagishi, A., Shirahiga, Y., . . . Eguchi, K. (2015, februar 1). Place of death and the differences in patient quality of death and dying and caregiver burden. *Journal of Clinical Oncology*, ss. 357-363. Henta mai 10, 2019 frå Journal of Clinical Oncology: <https://ascopubs.org/doi/10.1200/JCO.2014.55.7355>
- Kreftregisteret*. (2018, oktober 29). Henta april 11, 2019 frå <https://www.kreftregisteret.no/Generelt/Rapporter/Cancer-in-Norway/cancer-in-norway-2017/>
- Kreftregisteret. (2019, mars 11). *Fakta om kreft*. Henta april 26, 2019 frå Kreftregisteret: <https://www.kreftregisteret.no/Generelt/Fakta-om-kreft/>
- Larsen, I., Ursin, G., & Weiderpass, E. (2018, januar 24). *Folkehelseinstituttet*. Henta april 11, 2019 frå <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/kreft/>
- Lorentsen, V., & Grov, E. (2016). Generell sykepleie ved kreftsykdommer. I D.-G. Stubberud, R. Grønseth, & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie 2* (ss. 397-436). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Lunde, S. (2017, oktober 18). *Individuell plan i palliativ fase – ei hjelp til meistring for pårørende*. doi:10.4220/Sykepleief.2017.63670

- Mathisen, J. (2016). Hva er sykepleie? I E. Grov, & I. Holter (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie, sykepleieboken 1* (ss. 119-). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Nome, O. (2004). Generell onkologi. I A. Reitan, & T. Schjøberg (Red.), *Kreftsykepleie, Pasient - utfordring - handling* (ss. 272 - 299). Oslo: Akribe Forlag as.
- Norsk palliativ forening, & Norsk forening for palliativ medisin. (2016). *Begreper med tilknytning til palliasjon*. Henta mai 2, 2019 frå Norsk palliativ forening:  
[http://www.palliativ.org/wordpress/wp-content/uploads/2016/09/Begrepsliste\\_september2016.pdf](http://www.palliativ.org/wordpress/wp-content/uploads/2016/09/Begrepsliste_september2016.pdf)
- Norsk Sykepleierforbund. (2016). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Henta frå Norsk Sykepleierforbund: [https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere?fbclid=IwAR0xleTiH7yGUuBfw2uhTY2cMHMs9R6u1dmwmEyO0jHLxk\\_-U0pwsqm3aQ4](https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere?fbclid=IwAR0xleTiH7yGUuBfw2uhTY2cMHMs9R6u1dmwmEyO0jHLxk_-U0pwsqm3aQ4)
- Reitan, A. (2004). Krise og mestring. I A. Reitan, & T. Schjøberg (Red.), *Kreftsykepleie, pasient - utfordring - handling* (ss. 47 - 64). Oslo: Akribe Forlag.
- Reitan, A., & Schjøberg, T. (Red.). (2004). *Kreftsykepleie, Pasient - utfordring - handling*. Oslo: Akribe Forlag AS.
- St.meld. nr. 47. (2008-2009). *Samhandlingsreformen - Rett behandling - på rett sted - til rett tid*. Henta mai 7, 2019 frå Regjeringen: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009-/id567201/sec4>
- Szeto, Y., & Kin-Fong, C. (2006). Quality of Life of Patients With Terminal Cancer Receiving Palliative Home Care. *ProQuest*, ss. 261-266. Henta april 22, 2019 frå <https://search-proquest-com.galanga.hvl.no/docview/214198465?accountid=15685>
- Sæteren, B. (2004). Omsorg for døende pasienter. I A. Reitan, & T. Schjøberg (Red.), *Kreftsykepleie, Pasient - utfordring - handling* (ss. 174-193). Oslo: Akribe.
- Thidemann, I.-J. (2015). *Bacheloroppgave for sykepleierstudenter, Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. Oslo: Universitetsforlaget.