



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGÅVE

Trygg til det siste

Kandidatnummer: 143 & 125

Bachelorutdanning i sjukepleie

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

Innleveringsdato: 07.12.20

Samandrag

Tittel: Trygg til det siste

Bakgrunn for val av tema: Terminal omsorg er eit omfattande fagfelt som ein ikkje blir lært i dybda gjennom den grunnleggjande sjukepleiarutdanninga. Terminal pleie er eit tema som interesserar oss, og noko som vi ville lære meir om. Gjennom praksis og jobberfaring har vi erfart at den siste tida er utfordrande for pasient, sjukepleiarar og pårørande.

Problemstilling: «Korleis kan sjukepleiar bidra til at pasientar med ei kreftdiagnose opplev tryggleik i den terminale fasen?»

Metode: Denne oppgåva er ein litteraturstudie. Forsking og litteratur er først kritisk vurdert og deretter brukt til å drøfte problemstillinga, og vidare komme med ein konklusjon.

Oppsummering av funn og konklusjon: Tryggleik er eit grunnleggjande behov. For at ein som sjukepleiar skal bidra til at pasientar med ei kreftdiagnose får oppleve tryggleik i den terminale fasen, må ein vise heilskapleg omsorg. For å ivareta heile menneske må ein inkludere dei fysiske-, psykiske-, åndelige og sosiale behova til pasienten. Pasientane i forskingsartiklane omtalar blant anna bekymringar for høg symptombyrde i den terminale fasen. Ein ser også gjennom forskning at det er vanskeleg å oppnå tilstrekkelig symptomlindring. For å lindre pasienten best mogleg må ein kartlegge pasientens behov med samtalar, observasjonar og bruk av kartleggingsverktøy som t.d. ESAS.

Nøkkelord: Terminal fase, palliasjon, heilskapelig omsorg, lindrande behandling

Abstract

Title: Safe to the end

Reason of theme choice: Terminal care is an extensive field which is only being touched upon briefly in the elemental nursing education. Terminal care is a theme to our interest and a field where we desire to broaden our knowledge. Through practical work experience we have experienced that the final days are challenging for the patient, nurses and loved ones.

Research Question: "How can nurses contribute in giving cancer diagnosed patients the feeling of safety in the terminal phase?"

Method: This assignment is a literature study. Researching the literature critically has been of the essence before discussing the research question at hand. The results of these means have led to a conclusion.

Summary of findings and conclusion: Safety is an elementary necessity. Holistic care is required for nurses contributing to a safe environment for cancer diagnosed patients in the terminal phase. To maintain the whole of the person one must include the physical, psychological, spiritual and social needs of the patient. In our research findings patients reflect on a high burden of symptoms in the terminal phase. Through research one can also see the difficulties of an adequate relief of symptoms. To best relieve the patient, one must establish their needs with conversations, observations and use of mapping tools like for example ESAS.

Innholdsfortegnelse

1 Innleiing og bakgrunn	1
1.1 <i>Bakgrunn for val av tema.....</i>	1
1.2 <i>Problemstilling</i>	2
1.3 <i>Avgrensing av problemstilling</i>	2
1.4 <i>Begrepsforklaringar</i>	2
2 Teori	3
2.1 <i>Yrkesetiske retningslinjer</i>	3
2.2 <i>Kreft.....</i>	4
2.3 <i>Palliasjon</i>	4
2.2.1 <i>Tverrfaglig samarbeid</i>	5
2.4 <i>Symptom og behandling</i>	6
2.5 <i>Smerte</i>	6
2.6.1 <i>Smertebehandling.....</i>	7
2.6 <i>Tryggleik.....</i>	8
2.7 <i>Joyce Tavelbee - menneske til menneske forholdet.....</i>	8
2.8 <i>Kommunikasjon.....</i>	8
2.9 <i>Pårørande.....</i>	9
3 Metode	10
3.1 <i>Søkeprosess.....</i>	10
3.2 <i>Kjeldekritikk.....</i>	11
4 Resultat/funn	12
5 Drøfting	14
5.1 <i>Heilskapleg omsorg i møte med terminale pasientar</i>	14
5.2 <i>Relasjon mellom sjukepleiar, pasient og pårørande.....</i>	19
6 Konklusjon	21
7 Biografi	22

1 Innleiing og bakgrunn

Omlag 35 000 nye krefttilfelle i Norge vart registrert i 2019. Av desse døyde over 11 000. Kreftsjukdom er den vanlegaste dødsårsaka i Norge (Folkehelseinstituttet, 2019). Sjølv om mange overlever kreft, er det likevel omlag 1/4 av alle kreftsjuke i Norge som døyr av sjukdommen (Larsen, 2019, s. 3). I den terminale fasen vil det grunnleggande behovet for tryggleik vere truga (Kristoffersen, 2016, s. 146). Maslows behovspyramide fortel at dei fysiologiske behova, som til dømes respirasjon, sirkulasjon, søvn og kvile, må vere tilstade før ein kan nå neste behov; behovet for tryggleik (Kristoffersen, 2016, s. 891). Temaet for denne oppgåva er korleis ein som sjukepleiar kan skape tryggleik i den terminale fasen. Heilskapleg omsorg er sentralt innanfor terminal pleie. Det inneberer å ivareta heile mennesket; dei fysiske, psykiske, sosiale, åndelige og eksistensielle behova (Blix & Breivik, 2006, s. 11). Dette står også sentralt i stortingsmelding 24 «Lindrane behandling og omsorg» (Meld. St. 24 (2019-2020)).

1.1 Bakgrunn for val av tema

Gjennom sjukepleiestudiet har vi som studentar vore i sjukehuspraksis på kreft sengepost. Der fekk vi vere med på prosessen frå å få beskjeden om at all livsforlengande behandling er avslutta til at pasienten sovna inn. Vi erfarte kor viktig det er at pasient og pårørande får tilstrekkeleg tilrettelagt informasjon. Døden er ukjent og kan vere eit vanskeleg tema å samtale om. Vi har som sjukepleiestudentar sett viktigheita med å snakke om det ukjente. I praksis har vi sett at pasientane opplev auka tryggleik etter samtale om døden. Vi observerte at sjukepleiarane er flinke med behandling i den palliative fasen, men at mange tykkjer det er vanskeleg å snakke om døden med pasientar. Døden er ukjent og det finnast ingen fasit på korleis den inntreffer eller korleis det vil kjennast. Mange av pasientane vi har møtt har gjeve uttrykk for ynskje om medverknad i eigen sjukdom. Ein har difor opplevd det som viktig å skape trygge relasjonar og bruke tid saman med pasienten i palliativ fase.

1.2 Problemstilling

«Korleis kan sjukepleiar bidra til at pasientar med ei kreftdiagnose opplev tryggleik i den terminale fasen?»

1.3 Avgrensing av problemstilling

Vi har valt å fokusere på sjukepleie av terminale pasientar som er innlagt på sjukehus, uavhengig av kjønn, med ei aldersavgrensing til pasientar over 20 år. Pasienten er informert om at livsforlengande behandling er avslutta. Denne oppgåva tek ikkje føre seg å ivareta pårørande, men vert diskutert som ein naturleg del i møte med pasienten i terminal fase. Vi har ikkje valt å gå i detalj på rekvirering medikament då dette er ei legeoppgåve.

1.4 Begrepsforklaringar

Palliasjon

Verdens helseorganisasjon (WHO) definerer palliasjon som aktiv behandling med fokus på heile mennesket, der fokuset er å lindre smerte og ivareta sosiale, psykologiske og åndelege behov. Pasienten går over til palliativ behandling når sjukdomen ikkje har effekt av kurativ (lækjande) behandling (Kaasa et al., 2016, s. 36).

Terminal fase

Omgrepet terminal fase vert nytta når pasienten er døyande. Nøyaktig kva tid ein pasient er døyande er vanskeleg å definere. Terminal fase betyr sluttfasen, siste stadium, eller det som høyrer døden til. Kliniske teikn som bør være til stades før ein definerer nokon som terminal kan være overflatisk, respirasjon, opphøyr av urinproduksjon eller synleg nedsett blodsirkulasjon (Kristoffersen, 2016, s. 415).

2 Teori

I denne delen av oppgåva tar vi for oss teori som er relevant for vår problemstilling. Vi vil først trekke fram grunnlaget for god sjukepleie, vidare tar vi føre oss teori som er relevant for tryggleik hjå pasientar med kreftdiagnose i den terminale fasen på sjukehus.

2.1 Yrkesetiske retningslinjer

Yrkesetiske retningslinjer for sjukepleiarar omhandlar at grunnlaget for all sjukepleie skal vere respekt for det enkelte menneskets liv og verdigheit. Sjukepleie skal ha fokus på barmhjertighet, omsorg og respekt for grunnleggande menneskerettigheit. Sjukepleiarens yrkesetiske ansvar omhandlar å fremje helse, førebyggje sjukdom, lindre liding og sikre ein verdig død (Brinchmann, 2016, s. 100). Sjukepleie handlar om å ta vare på og verne livet, men også om å møte døden. Som sjukepleiar tar ein ikkje avgjersla om å avslutte livsforlengande behandling, men ein er med på prosessen og gjer dei viktigaste observasjonane av pasienten. Som sjukepleiar til alvorleg sjuke pasientar må ein vite kva ein skal sjå etter - ein må kunne tolke symptom og handtere prosessen rundt døden. Ein må vere den som lyttar til pasienten sine ynskjer, både før pasienten er døydde men også når pasienten ligg for døden. Når pasienten framleis er så frisk at han eller ho kan uttrykke seg er det viktig at ein som sjukepleiar kartlegg kva ønsker pasienten har (Heggstad & Nitter, 2018, s. 55-56). I møte med døydde pasientar er det viktig å ha med seg respekten for liv og verdigheit, dette omhandlar å respektere menneskeverdet. Menneskeverdet er ikkje knytt til funksjonar eller eigenskapar, alle liv har ein ukrenkeleg verdi. Som sjukepleiar må ein ta vare på pasientens verdigheit og spørje seg kva som er viktig for pasienten (Heggstad & Nitter, 2018, s. 57).

2.2 Kreft

Kreft er skildra som keisaren over alle sjukdommar. Det er ein frykta sjukdom som er forbunde med smerter og død. Kreft er ikkje smittsamt, men nokre kreftformer er knytt til gen materiale og livsstil. Ved kreft har det oppstått ein feil slik at cellene delar seg ukontrollert og dermed ikkje utfører dei oppgåvene som friske celler ville gjort. Vidare skjer det ei opphoping av kreftceller i organet og det vert danna ein kreftsvulst. Kreftcellene har også evne til å vekse seg inn i andre organ og spreie seg via blodet eller lymfesystemet. Den medisinske behandlinga ved kreftsjukdom er avhengig av lokalisasjonen, og kva kreftform pasienten har. Kirurgi, cytostatikabehandling og strålebehandling er vanlege behandlingsformer (Almås et al., 2016, s. 398-399). Når pasienten ikkje lenger har nytte av lækjande behandling, vert målet endra for den medisinske behandlinga og sjukepleia mot livsforlengande, symptomlindring og best mogleg livskvalitet (Almås et al., 2016, s. 423).

2.3 Palliasjon

Palliasjon er aktiv behandling, pleie og omsorg for pasientar med uhelbredeleg sjukdom og kort forventet levetid. Målet med behandlinga er å lindre plagsame symptom der behandlinga er retta mot eit eller fleire av symptomta (Kaasa et al., 2016, s. 45). Lindring av pasientens fysiske smerter og andre plagsame symptom, samt tiltak retta mot psykiske, sosiale og åndelege/essensielle problem, står sentralt i palliativ omsorg. Målet med behandlinga er å forbetre livskvaliteten til pasienten og deira pårørande i møte med livstruande sjukdom. Dette gjennom førebygging og lindring av lidning, ved hjelp av tidleg identifisering, grundig kartlegging, vurdering og behandling av smerte og andre problem av fysisk, psykososial og åndeleg art (Kaasa et al., 2016, s. 45).

Elisabeth Kubler-Ross var ein amerikansk psykiater, og gjennom arbeidet hennar vart ho merksam på stadium som den døyande går gjennom. Ho utvikla ein modell for sorgprosessen ved å dele den inn i fem stadium; fornektning, sinne, forhandling, depresjon og aksept. Fornektning inneber å nekte for eller ignorere at døden er nær. Sinne oppstår når menneske møter ei hindring. Det kan være sinne retta mot seg sjølv, legen eller Gud. Forhandling med døden kan oppstå når ein innser at sinne ikkje er til nytte. Ein kan då byrje

å fylgje medisinske forskrifter til punkt og prikke for å gjere alt rett, i desperat håp om at døden skal forsvinne. Depresjon oppstår når verkelegheita vert klar og ein kan kjenne seg makteslaus. Aksept er det siste stadiet. Her er ofte sinnstilstanden meir nøytral, men kan fortsett være svingande. Når ein har akseptert døden kan ein også oppleve å positivt tolke betydinga av tapet utan å skylde på nokon (Renolen, 2015, s. 200-201).

«Livets siste dagar» er ein plan som sikrar felles rammer for behandling, omsorg og pleie den siste tida av livet. Planen kan nyttast ved forventa dødsfall uavhengig av pasienten sin diagnose. Bruk av planen skal kontinuerlig vurderast og alltid revurderast dersom pasienten sin tilstand betrar seg. Det er eit hjelpemiddel for personalet, og inga erstatning for deira kompetanse og kliniske vurderingsevne. Livets siste dagar er bygd opp med delmål der svara gjenspeglar personalet sine vurderingar på det enkelte vurderingstidspunktet. Planen er sikra ramma og struktur for pleie og omsorg i sluttfasen (Iversen et al., 2016).

2.2.1 Tverrfaglig samarbeid

Tverrfagleg samarbeid er viktig i det palliative arbeidet for å ivareta den heilskapelege tilnærminga til pasienten og pårørande, og deira samansette behov. Pasientane vert henvist til palliativt team når dei har avslutta aktiv og sjukdomsretta behandling. Det tverrfaglege palliative teamet er viktig for å kunne gje eit godt klinisk tilbod til pasientane som treng lindrande behandling. Palliativt team består av sjukepleiarar og legar med spesialistkompetanse innanfor palliasjon. Dermed skal teamet ha brei kompetanse innanfor lindrande behandling, kommunikasjon og symptomlindring, men også kunne handtere komplekse etiske problemstillingar. ESAS er eit kartleggingsverktøy som blir nytta aktivt av palliativt team (Kaasa et al., 2016, s. 142-143). ESAS er eit forskingsbasert kartleggingsverktøy som har som formål å betre behandling og pleie for palliative pasientar (Oslo-Universitetssykehus, 2016).

2.4 Symptom og behandling

Dei vanligaste symptoma i livets slutfase er smerter, agitasjon, delirium, luftvegsplagar, dyspné, kvalme/oppkast, vasslatingsproblem, obstipasjon og dysfagi (kaasa et al s. 641). Hjø pasientar i livets slutfase er munntørrheit dokumentert som eit av dei mest plagsame symptoma. Det førekjem som oftast av dehydrering eller munnpusting (Kaasa et al., 2016, s. 657). Symptoma som oppstår i denne fasen av livet er i seg sjølv ikkje eit teikn på nært føreståande død, men må sjåast i samanheng med pasientens generelle tilstand. Dei fleste symptom krev symptomlindrande behandling. Når ein pasient er døyyande er det viktig at tiltaka som vert gjort har mål om å gje pasienten lindring, tryggleik og komfort. Når ein pasient vert erkjent døyyande må det gjerast ei grundig kartlegging av tilstanden til pasienten, og ein må vurdere alle observasjonar og tiltak som vert gjort. Det er ikkje lenger hensikt i å ta blodprøver, registrere vitale teikn som blodtrykk og puls. Ein kan i mange tilfelle seponere medikament, og i andre tilfelle endre administrasjonsmåten frå peroral til subkutant (Kaasa et al., 2016, s. 641). Når døden er nært føreståande inntreff ulike symptom som teikn på sirkulasjonssvikt. Huda vert kaldare perifert, men etter kvart også i sentrale delar av kroppen, huda kan også verte bleik og blåleg. Leppene kan verte cyanotiske. Ansiktet kan bli innsokne. Pusten vert ujamn, overflatisk, kort og kan observerast som strevsamt. Det kan oppstå ralling frå luftvegane, fordi pasienten ikkje lenger har krefter til å hoste opp slim. Bevisstheita vert svekka, men pasienten kan til tider veksle mellom å vere klar og forvirra. Det er viktig å være merksam på at pasienten ofte får med seg det som skjer rundt han. Det siste som vert svekka er høyrsele. Musklane vert gradvis slappare, og dette kan føre til avgang av urin og avføring. Metabolismen endrar seg og dette kan føre til blant anna endringar i pasientens normale hudlukt og sveitning (Blix & Breivik, 2006, s. 358).

2.5 Smerte

Kreftmerter kan beskrivast som ein mosaikk av langvaring og akutte smerter. Smertene kan kome av mange ulike årsaker, avhengig av tumortype, lokalisasjon og utbreiing. Diagnostisering, utredning og tverrfagleg samarbeid spelar ei stor rolle for å kunne forstå og planlegge god smertebehandling (Reitan & Schjøberg, 2017, s. 181-182). Smerteanamnese er viktig for å kartlegge smertens årsak, intensitet, lokalisasjon, varighet, karakter og

variasjon. Hjå pasientar med eit komplekst smertebilde bør ein prøve å kartlegge ein av smertekomponentane om gangen, då det elles er lett å oversjå andre vesentlige faktorar. Ein bør også gjennomføre bred symptomkartlegging, då andre plagar som; kvalme, angst, hoste, trøtthet og depresjon kan påverke smerteopplevinga (Kaasa et al., 2016, s. 388-389). Hjå døyande pasientar har pasientar som oftast redusert kognitiv funksjon, dermed blir kartlegging av smerter og andre symptom ein stor utfordring. Når pasienten sjølv ikkje klarar å rapportere smerte må man nytte seg av observasjonar utført av helsepersonell, pårørande eller ein kombinasjon av begge. I livets siste fase har er det viktig med god symptomkontroll (Kaasa et al., 2016, s. 399).

2.6.1 Smertebehandling

90% av pasientane som motar palliativ behandling er meir eller mindre smerteplaga. Smertelindring er dermed eit sentralt tema innanfor palliasjon, og god smertelindring har stor betydning for pasienten. Den medikamentelle smertebehandlinga har hatt stor utvikling dei siste åra, men det er fortsatt mange som ikkje oppnår fullstendig smertelindring. I behandling av smerte er det viktig å nytte alle muligheiter som er til rådighet, også tilnærmingar retta mot psykologiske aspektar ved smerte (Kaasa et al., 2016, s. 372). Verdens helseorganisasjon (WHO) har i samarbeid med IASP (international association for the study of pain) laga ein rettleiing for smertebehandling hjå pasientar med kreft. Dette går ut på ein trinnvis auking av behandlingsintensiteten ut i frå pasientens aukande behov. Smertetrappa har i tillegg eit ekstra trinn som omhandlar avansert smertebehandling, denne behandlinga er nødvendig hjå fleire kreftpasientar. Fleirtalet av pasientane med kreftsjukdom som brukar opioider før dei går inn i den døyande fasen, treng uendra eller økt dose dei siste 48 timane før døden inntreff. Det er viktig å ha fokus på god smertelindring døgntkontinuerlig hjå døyande kreftpasientar. Å lindre liding er grunnleggande i palliasjon (Kaasa et al., 2016, s. 643-644).

2.6 Tryggleik

Tryggleik er eit grunnleggande behov, og er derfor viktig i menneskets liv. Når menneske opplever å bli akutt sjuke og døyande blir behovet for tryggleik større (Kristoffersen, 2016, s. 146). Kjernevariablar som er viktige for at pasienten skal føle seg trygg i livets siste dagar er å vite, håp og tillit (Moesmand & Kjøllesdal, 2004, s. 127). Trygghet og tillit er grunnleggande for at en god relasjon mellom menneske skal kunne utvikle seg. Relasjonen mellom sjukepleier og pasient, og sjukepleier og pårørande er viktig under livets siste dagar. Sjukepleiaren og pasienten møtast som to menneske med sine forskjellige styrke og svakheiter. Forholdet er vesentleg for at pasienten skal oppleve sjukepleia som god, og oppleve psykososial støtte (Grovet et al., 2015, s. 900). Profesjonell støtte som blir gitt av helsepersonell med faglig kompetanse bidrar til å skape tryggleik (Renolen, 2015, s. 196).

2.7 Joyce Travelbee - menneske til menneske forholdet

Joyce Travelbee definera sjukepleie som en mellommenneskeleg prosess der den profesjonelle sjukepleiaren hjelp eit individ, familie eller eit samfunn med å førebyggje eller meistre erfaringar med sjukdom og lidning og om nødvendig å finne mening med dei erfaringane (Travelbee & Thorbjørnsen, 2014, s. 29). For å kunne utøve slik sjukepleie meina Travelbee at det er nødvendig å tileigne seg evna til å bygge eit menneske til menneske forhold. Menneske til menneske forhold er i hovudsak ein eller fleire erfaringar som finn stad mellom to partar; ein sjukepleiar og ein pasient eller familie som har behov for sjukepleiarens tenester. Det er ein gjensidig prosess som blir etablert av begge partar. Definisjonen belys også at sjukepleiaren har eit ansvar for å ivareta heile familien og hjelpe dei til å meistre motgang (Travelbee & Thorbjørnsen, 2014, s. 177-179). Joyce Travelbee sin teori om å skape mellommenneskeleg relasjon til pasienten kan bidra til håp og mestring i livets slutfase (Travelbee & Thorbjørnsen, 2014, s. 177-179).

2.8 Kommunikasjon

God kommunikasjon er grunnleggande for utøving av god sjukepleie. Kommunikasjonen er eit verktøy for informasjonsoverføring. Det er også ein faktor for å bli kjent med pasienten, forstå og møte pasientens behov og hjelpe vedkommande til å meistre sjukdom, lidning og

einsamhet (Reitan & Schjølberg, 2017, s. 104). Kommunikasjon er ikkje berre verbale utsegn, men det inkludera også non verbale element som kroppsspråk og stemmeleie (Kaasa et al., 2016, s. 216-217). I møte med døden er det sjeldan behov for lange, vel formulerte setningar. Kommunikasjonen ein nyttar til den døyande kan innehalde eit ord i rett tid, lett berøring eller eit varsamt smil (Blix & Breivik, 2006, s. 357). Gode kommunikasjonsferdigheitar kan betre pasientens og pårørande sin livskvalitet (Kaasa et al., 2016, s. 230).

2.9 Pårørande

Pårørande er med som støttespelarar i alle fasar av sjukdommen. Dei er tilgjengelige gjennom alle behandlingsfasar og når avgjerdsla om tiltak retta mot sjukdommen skal takast. Dei føl pasientane gjennom den kurative fasen, når pasienten eventuelt får tilbakefall av sjukdommen og må i gang med ny behandling, når palliativ fase definerast og når livets slutfase inntreff (Reitan & Schjølberg, 2017, s. 251). Å skulle følgje ein av sine kjære den siste delen av livsvegen er ein enorm påkjenning (Reitan & Schjølberg, 2017, s. 243). Pårørande ønsker som oftast å vere til stades hjå pasienten i den siste fasen og når den sjuke døyr. Informasjon om forventa hendingar og symptom i dødsprosessen kan lette bekymringsnivået hjå pårørande til pasientar i den terminale fasen (Kaasa et al., 2016, s. 284-285).

3 Metode

Litteraturstudie som metode omhandlar å fordjupe seg i litteratur som allereie er skreve. Ein fordjupar seg på kunnskap ein har henta inn, for å systematisere, skape samanfatning og tenkje kritisk gjennom. Metode seier oss noko om korleis ein bør gå til verks for å finne kunnskap, det er med andre ord ein framgangsmåte eller eit middel. Oppgåva er ein systematisk litteraturstudie som skal svare på problemstillinga ved hjelp av teori, forskning og drøfting knytt tema palliasjon (Dalland, 2017, s. 52).

3.1 Søkeprosess

Å utvikle ein god søkestrategi er viktig for å få eit optimalt søkearbeid. Vi har nytta MeSH (Medical subject headings) og Svemed+ som hjelpemiddel for å finne synonym og til hjelp for å finne søkeord/emneord samt kombinasjonen av desse. Dette gav oss eit større utval av relevante artiklar (Grønseth & Jerpseth, 2019, s. 87). For å finne forskingsartiklar foretok vi søk i ulike databasar. Pubmed var databasen vi nytta når vi fant valte artiklar. Med søkeord palliative care, terminal care, good death og quality of life, gav det 132 treff med avgrensa tidsrom 2010-2020. For å avgrense meir la vi til søkeordet patients og forandra søkeordet palliative til palliative care, antall treff blei då 75. Med dette søket fant vi en artikkel som interessant for vår oppgåve: «Can a good death and quality of life be achieved for patients with terminal cancer in a palliative care unit». I et nytt søk ønska vi å finne forskning om symptom og bruk av ESAS og nytta kombinasjonen av søkeord hospital, terminal, cancer og esas, dette gav 17 treff på avgrensa tidsrom 2010-2020. Artikkelen «Symptom expression in the last seven days of life among cancer patients admitted to acute palliative care units» fant vi som nyttig. I eit tredje søk i pubmed ønska vi å finne forskning frå pasientane sitt perspektiv knytt til vårt tema, søkeorda vi nytta var care, good death, attitude to death, end of life, quality of death og hospital, dette gav oss 40 treff med avgrensing av tidsrom 2010-2020. Ved å lese gjennom artiklane fant vi to artiklar som vi ønskte å ta med: «A good death from the perspective of palliative cancer patients» og «The experiences of cancer patients». Vi ønska også å finne ein artikkel som kunne fortelje oss korleis det var å være sjukepleiar i møte med døyande pasientar, vi gjorde derfor eit siste søk med søkeorda: patient care, dying, palliative og nursing. Dette søket gav oss 71 treff med ei avgrensing av tidsrom 2010-2020. Der fant vi artikkelen «What is it so stressful about caring for a dying patient?» som relevant for vår oppgåve.

3.2 Kjeldekritikk

Ettersom det eksisterar mykje litteratur om kreftsjukepleie og palliasjon har vi hatt utfordringar i å plukke ut det som er mest relevant og interessant for oppgåva. Det er lett å oversjå litteratur som vil belyse problemstillinga. Vi har nytta både sekundær- og primærlitteratur. Primærlitteratur er direkte presentert teori frå opprinneleg forfattar, medan sekundærlitteratur innebere at den er bearbeida av ein anna. Risikoen med sekundærlitteratur kan vere at det opprinnelege perspektivet endrast (Dalland, 2017, s. 156).

Vi har vurdert forskingsartiklane vi har funne etter IMRAD-metoden, ettersom det er den mest brukte måten å bygge opp truverdige artiklar på. IMRAD står for introduksjon, metode, resultat og diskusjon (Dalland, 2017, s. 67-80). Fire av dei fem forskingsartiklane er fagfellevurdert. Dei fem artiklane vi har nytta i oppgåva er publisert innan dei ti siste åra. Dette kan gi ein trygghet på at artiklane er oppdaterte og at det er relativt nye undersøkinga som er blitt gjort, noko som vi meina styrka oppgåvas kjelder. Forskingsartiklane vi har valt er frå USA, Taiwan, London og Sverige. Til tross for at helsevesenet er ulikt i desse landa, ser ein ikkje på desse skilnadane som så store at det vil ha negativ innverknad på oppgåva vår. Alle artiklane er skreve på engelsk. En utfordring med engelskspråklige forskingsartiklar er at det nyttast eit akademisk språk som kan være utfordrande å tolke. Dette kan medføre at ein går glipp av sentrale moment og misforstår innhaldet når teksten blir oversett til Norsk. To av artiklane er kvalitative, medan tre er kvantitative. Sidan oppgåva omhandlar tema som er personleg og utfordrande å måle i tall, meina vi det er ein styrke at artiklane har et kvalitativ perspektiv. Dei to kvantitative studiane styrka oppgåva med å bygge opp under teorien i dei kvalitative studiane. Forskingsartiklane har forskjellige perspektiv, ein får fram sjukepleieperspektivet og pasientperspektivet. Nokon av artiklane omhandla andre yrkestitlar i tillegg til sjukepleierar, til dømes legar, som kan være en svakhet. Vi oppleve likevel artiklane som relevante fordi det også er reelt for sjukepleia som blir gjennomført av sjukepleierar.

4 Resultat/funn

Can a good death and quality of life be achieved for patients with terminal cancer in a palliative care unit?

Forskingsartikkelen er ein kvantitativ studie frå 2010. Hensikta med denne studien var å undersøkje om palliativ omsorg kan fremme livskvalitet og ein god død for terminale kreftpasientar. Studien er basert på innhenta data frå 281 pasientar og deira journal, samt helsepersonellens daglege målingar av pasientens oppleving av livskvalitet, som inkludera psykiske og fysiske symptom, sosial støtte og åndelige behov. Resultata viste at sjølv om fysiske symptom økte mot slutten av livet, kunne pasientane oppleve psykologisk velvære, sosial støtte og det åndelege aspekten være til stede (Leung et al., 2010).

Symptom expression in the last seven days of life among cancer patients admitted to acute palliative care units.

Forskingsartikkelen er frå 2015 og er ein kvantitativ studie. Målet var å undersøke hyppighet, intensitet, og variablar for symptoma dei siste sju dagane av livet blant pasientane som var tilstade og døde i en akuttavdeling. Studien blei utført ved å dokumentere systematisk edmonton symptom assessment system (ESAS) dagleg. Totalt 203 av 357 pasientar døde. Til tross for intensiv behandling på ein akutt palliativ avdeling forsette mange kreftpasientar å oppleve høg symptombyrde når dei nærma seg døden. Anoreksi, trøttheit, dårleg velvære og dyspne økte i intensitet nærmare døden. Esas scoren for depresjon vart redusert over tid (Hui et al., 2015).

A good death from the perspective of palliative cancer patients.

Forskingsartikkelen er ein kvalitativ studie frå 2016. Bakgrunnen for studien var at dei ulike kulturane i verda har nokre likskapstrekk, men ein ser også forskjellig på kva som blir oppfatta som ein god død hjå palliative kreftpasientar. Denne typen studiar er det mangel på i dei nordiske landa. Målet var å utforske kva som blir oppfatta som ein god død hjå kreftpasientar i Sverige. Studien vart gjennomført ved hjelp av intervju, 66 kreftpasientar i palliativ fase frå både sjukehus og heimesjukepleie deltok i studia. Det blei stilt spørsmål om livet, døden, støtte, kreftomsorg, kommunikasjon, kreftomsorg og eutanasi. Nokre av pasientane meinte at døden var forhandsbestemt og at det var eit liv etter døden, men det

fleste assosierte ein god død med det å dø komfortabelt. Med å dø komfortabelt meinte dei utan smerte og ubehag, døy raskt, med god symptomlindring og gode sosiale relasjonar (Kastbom et al., 2017) .

The experiences of cancer patients.

Studien er frå 2011. Målet med denne kvantitative studien var å vurdere kreftpasientanes behov for informasjon om deira tilstand og for å forstå den psykologiske effekten av sjukdommen. Det blei utforma eit pasientskjema som bestod av 63 spørsmål. Skjemaet omhandla kommunikasjon, behandling, prognose, haldning til livskvalitet etter kreftdiagnose og slutten av livet. 125 pasientar med kreftdiagnose blei bedt om å delta, og 96 spørjeskjema blei fylt ut. Utsøkinga fekk fram psykologiske endringar som vedkjem ved en kreftdiagnose. Pasientane største bekymring inkludere frykt for død og smerte, endringar i mellommenneskelege forhold og økonomiske avgrensingar (Alifrangis. C et al., 2011).

What is it so stressful about caring for a dying patient?

Det er ein kvalitativ studie frå 2010 der 15 sjukepleierar og sjukepleiarstudentar vart intervjuet. Målet med studien var å utforske erfaringar og bekymringar hjå sjukepleiarane om pleie til den døyande pasienten. Funna viste at sjukepleiarane uttrykte bekymring rundt omsorga for den døyande pasienten. Bekymringane blei delt i tre kategoriar: personlege bekymringar, bekymringar for pasienten og bekymringar for pårørande. Dei tenkte på pasientens komfort, at pasienten ikkje skulle lide, dei ville være sikre på at dei gjorde alt dei kunne for å lindre pasienten. Pårørande blei også trekt fram som en bekymring hjå sjukepleierane, at dei ønska å sørge for at dei hadde tilstrekkeleg med tid til å trøste familien, og hjelpe dei med å takle tapet av en dei elska og stod nær. Det viste seg også at sjukepleiarane syns det var vanskeleg å pleie pasientar i palliativ fase i tillegg til andre pasientar. Dei følte dei hadde lite tid til pasientane og var redd for at manglande erfaringar skulle svekke behandlinga pasientane fekk (Peterson et al., 2010).

5 Drøfting

I denne delen av oppgåva vert det drøfta korleis sjukepleiar kan bidra til tryggleik hjå pasientar med ei kreftdiagnose i den terminale fasen, med fokus på pasientar som er innlagt på sjukehus.

5.1 Heilskapleg omsorg i møte med terminale pasientar

Problemstillinga vår er utarbeidd slik at ivaretaking av tryggleik står sentralt i behandling av terminale pasientar. Tryggleik kan vere vanskeleg å definere, og opplevinga av tryggleik vil variere for kvar einskild. Det kan definerast som å kjenne på støtte, verdsetting og tillit. Utifrå forskning, teori og erfaringar, trur vi at tryggleiken pasienten opplev heng tett saman med korleis han opplev at sjukepleiaren jobbar for å ivareta dei grunnleggjande behova. Nokre behov er livsnødvendig for at eit menneske skal leve og fungere optimalt. Med utgangspunkt i ein heilskapleg forståing av mennesket kan vi dele dei grunnleggjande behova inn i fire dimensjonar; dei fysiske behova, dei psykiske behova, dei sosiale behova og dei åndelige behova (Blix & Breivik, 2006, s. 11). I praksis har vi erfart at desse grunnleggjande behova også er sentrale i den terminale fasen. Som sjukepleiar må ein difor setje i verk tiltak og jobbe for å ivareta pasientens grunnleggjande behov.

For å bidra til at pasienten får ei verdig avslutning på livet er det essensielt at sjukepleiaren vert kjend med mennesket bak sjukdomen. Kva ein legg i ordet verdigheit er individuelt. Helsepersonell som tek hand om lindrande pasientar bør vurdere å få pasienten til og beskrive kva som er ein god død for han, slik at ein kan identifisere mål for omsorg samt møte frykta has (Kastbom et al., 2017). Forskingsartikkelen til Alifrangis et al. fortel om viktigheita av å starte planlegging tidlig i ein palliativ fase (Alifrangis. C et al., 2011). Dette kan ein til dømes gjere ved å skape relasjon med pasienten. Joyce Travelbee sin teori fortel at for å bli kjent med mennesket bak sjukdomen, må ein møte mennesket, oppfatte, respondere på samt respektere det unike ved han. Den enkelte skal få moglegheit til å leve på eigne premisser, med god tilrettelegging og hjelp for å møte eventuell frykt og angst (Travelbee & Thorbjørnsen, 2014, s. 61-63). Behandlinga tek utgangspunkt i eit heilskapleg menneskesyn som inneber pasientens subjektive erkjenningar og verdiar, personleg liv,

sjukehistorie og uttrykte behov og ynskjer (Blix & Breivik, 2006, s. 355). I praksis har vi opplevd at det skapar tryggleik for pasientar når ein som sjukepleiar kjenner til pasientens historie, ønsker og behov.

Joyce Travelbee meiner at sjukepleiar må byrje med å samle inn data for å kunne planleggje, strukturere, gje og evaluere sjukepleie til pasienten (Travelbee & Thorbjørnsen, 2014, s. 143). Observasjonane vi sjølv har gjort oss i praksis på kreft sengepost, er viktigheita i det som kan sjåast, høyrast, luktast og kjennast for pasienten. Ofte opplevde vi urolege pasientar, noko som kan indikere smerter eller ubehag. Då vert det viktig å gjere tiltak for å betre velværa til pasienten. Ein kan til dømes starte med å fukte munn, sjekke bleie og/eller hjelpe med leieendring. Dersom pasienten framleis er uroleg og ikkje gjev uttrykk for betring, kan det vere naudsynt å ta i bruk smertelindring (Kaasa et al., 2016, s. 372). Dette kan vere viktige observasjonar å dokumentere sjølv om det er subjektive tolkingar som ikkje pasienten alltid kan stadfeste er smerter. Dette underbyggjer også Travelbee sine påstandar kring evaluering av sjukepleie.

I studien til Hui et al. nytta dei kartleggingsverktøyet ESAS, som er viktig dokumentasjon i tillegg til sjukepleieobservasjonar (Hui et al., 2015). I praksis har vi sett at det kan vere positivt å nytte «Livets siste dagar» i kombinasjon med ESAS og eigne sjukepleieobservasjonar. Livets siste dagar sikrar ei kontinuerleg vurdering av behandlinga som den palliative pasienten får (Iversen et al., 2016). Det er viktig at det ikkje er ein erstatning for sjukepleiekompetasen, men at ein nyttar det som ein ressurs for å sikre gode rammer for omsorga den siste tida. Studien til Hui et al. fortel også at gjennom å dokumentere ESAS dagleg, vart det gjort signifikante funn i nedsett matlyst, trøttheit, slappheit, dårleg velvære, uro og dyspnè hjå den døyande pasienten. Noko som auka i intensitet jo nærmare døden kom (Hui et al., 2015). Artikkelen fortel òg at fysiske symptom var det som bekymra den døyande og dei pårørande mest. Dette kan også relaterast til praksiserfaringar, der ein stadig opplevde frykt for fysiske symptom, og ved fleire høve vart det viktig å trygge pasienten gjennom god kommunikasjon og noverande eller framtidig smertelindring. Funna i studien til Leung et al. fortel at fysiske symptom auka under livets siste dagar, men at andre livskvalitetsdimensjonar som psykologisk velvære, sosial støtte og åndelege behov vart forbetra. Dette førte til at det var mogleg at ein god død kunne

oppnåast ved omfattande omsorg i palliativ setting (Leung et al., 2010). Ofte opplevde vi som studentar at pasienten aksepterte eigen skjebne, gjennom trygge og gode samtalar. Det fortel oss at heilskapleg omsorgstilnærming i terminal pleie inkludert fysisk, psykososiale og åndelege aspekt, bør vektleggast.

Ein må som sjukepleiar ha evne til å handtere pasientens reaksjonar og kjensler gjennom dødsprosessen. I praksis vart det erfart som viktig å ha mot til å samtale med pasienten om døden. Mange pasientar har også eksistensielle eller religiøse spørsmål. Smerter hjå døyande pasientar er meir ein berre fysiske smerter. Det inkluderer både psykiske, sosiale, åndelege og essensielle faktorar (Kaasa et al., 2016, s. 193). Psykisk og indre ro vil også være med på å gje pasienten tryggleik, som igjen kan være med på å redusere smertenivået. Gjennom ein palliativ fase vil det være naturleg for sjukepleiaren å ivareta pasienten sitt åndelege og essensielle behov. I praksis har vi sett at det kan vere aktuelt med samtale med prest, salmesong, eller høgtlesing frå bibelen. Vi har opplevd at pasient gjev uttrykk for at han har det bra, men at observasjonar som vart gjort ikkje samsvarte med det pasienten fortalde. Vidare fekk pasienten tilbod om samtale med prest. Etter samtalen fortalde pasienten at dette var til hjelp for å oppnå indre ro. Sjølv om sjukepleiaren har ei stor rolle innanfor åndeleg ivaretaking, vil ikkje det utelukke andre profesjonar. Prestetenesta vil være svært sentral, og kan i tillegg rettleie helsepersonell, pasient og pårørande gjennom samtalar (Kaasa et al., 2016, s. 315). Det viktige for pasienten er at ein legg til rette for det som kan vere essensielt for han ut i frå kultur, bakgrunn, tidligare vaner og ønsker (Blix & Breivik, 2006, s. 364).

Sorgprosessen, utvikla av Elisabeth Kubler-Ross, er delt inn i fem stadium: fornektning, sinne, forhandling, depresjon og aksept. Depresjon kan utviklast som eit uttrykk for oppleving av tap. Den døyande kan oppleve tap av arbeid, sosial kontakt og tap av evne til å være foreldre og ektefelle (Renolen, 2015, s. 201). Forskingsartikkelen av Kastbom et al. Fortel oss at det er viktig at pasientane får tatt farvel med sine nære, ha orden i økonomiske forhold og at dei får forberede andre på sin død. Dette kan skape ro for pasienten fordi han får ei kjensle av å ha bidrege til å minimere belastinga for sine nære etter døden har intruffe (Kastbom et al., 2017). I praksis har vi sett at pasientar som har gjort dette, opplev meir ro og gjev uttrykk for at dei er forberedt på å døy. Kubler-Ross meiner at aksept kan oppstå som eit siste

stadium. (Renolen, 2015, s. 201). Dette støtter opp i forskningsartikkelen av Hui et al. Artikkelen fortel oss at depresjon viste seg å verte redusert over tid. Pasientane kan naturleg kjenne seg mindre deprimerte når dei går inn i siste fase av livet. Dette fordi dei har akseptert at det er uunngåeleg (Hui et al., 2015).

Som tidlegare nemnt kan fysiske symptom vere vel så aktuelt som psykiske. Dei fysiske symptoma hjå døyande er prega av gradvis svekking av allmenntilstanden og nedsette funksjonar i vitale organ (Blix & Breivik, 2006, s. 264). I livets slutfase er det mange som har respirasjonsproblem. Pasienten kan oppleve at han ikkje får nok luft, smerter ved pusting, og/eller rask respirasjon. Andenaud er ei subjektiv oppleving av å få for lite luft, medan rask og djup respirasjon er noko vi observerer. Det er viktig med god og lindrande behandling. Hjå dei fleste pasientar har morfin god verknad; det lindrar både smerte og andenaud (Blix & Breivik, 2006, s. 365). Av erfaring har vi sett at pasientar som er tungpusta har stort behov for tryggleik og at ein er tilstades hjå pasienten. Dødsralling er respirasjon som ofte er tilstades dei siste timane eller dagane av pasientens liv. Pasienten klarer ikkje hoste opp slim, eller å svelge slimet. Pasienten er svekka og har nedsett bevisstheit, og vert difor ikkje grunnlag for å tru at det skapar ubehag for pasienten (Blix & Breivik, 2006, s. 365). Det finnast medikamentelle tiltak ein kan gje for å behandle dødsralling, og ein må vere bevisst på sengeleie. Pasienten skal ikkje ha hovudet bakoverbøygd (Blix & Breivik, 2006, s. 365). I praksis har vi erfart at pasienten kan ha god effekt ved å verte sett opp i thoraxleie, få støtte og tilstadeværing av sjukepleiar. Det finnast også medikamentelle tiltak som kan lindre.

Fysiske smerter behandlar vi med førebyggjande smertelindring. Som sjukepleiar må ein vere merksam på non verbal signal som kan tyde på at pasienten har smerter (Blix & Breivik, 2006, s. 365-366). Smertefrihet krev ofte store doser medikament som kan gje biverknadar som trøttheit, sløvheit og kvalme. Ein må kunne vege opp biverknadar mot ønska verking (Kaasa et al., 2016, s. 404). I smertebehandling skal ein nytte den generelle anbefalinga frå verdens helseorganisasjon; smertetrappa. Morfin er ofte første valet til døyande pasientar. Det er vanleg å gje morfin som kontinuerlig infusjon ved hjelp av ei smertepumpe. Som sjukepleiar må ein observere effekten av smertebehandlinga pasienten får. Det kan vere behov for at doseringa blir justert undervegs (Kaasa et al., 2016, s. 410). Vi har opplevd at fleire av pasientane ynskjer smertepumpe i siste fase av livet for å unngå hyppige stikk og

smertetopper. Av erfaring ser vi at smertelindring er veldig sentralt i den terminale fasen. Både pasient, pårørende og helsepersonell ynskjer at pasienten ha minst mogleg smerter. Alifrangis et al. får fram at pasientane vegra seg for smerter, og at det viktigaste for mange var å vere smertefri den siste tida (Alifrangis. C et al., 2011). Dette er støtta opp under funna i studien til Kastboom, der mange assosierte ein god død med å døy utan smerte (Kastbom et al., 2017).

Det er viktig at ein har fokus på at pasienten skal oppnå best mogleg velvære. Det er mange faktorar som kan føre til at døyande pasientar opplev kvalme og oppkast. I forskingsartikkelen til Hui et al. er kvalme eit problem hjå pasientane, og som krev behandling (Hui et al., 2015). Det kan blant anna kome av sjukdom, obstipasjon, smerter, angst eller smertestillande medikament (Blix & Breivik, 2006, s. 366). Som sjukepleiar må ein forsøke å lindre årsakene. Pasienten har ofte bruk for kvalmestillande medikament. Det kan også hjelpe med ro rundt pasienten, frisk luft, klare drikker, små måltid og godt munnstell. Godt munnstell kan bidra til auka velvære, men kan også hjelpe mot kvalme (Helsedirektoratet, 2019). I vår praksisperiode har vi observert fleire terminale pasientar som ligg med open munn. Vi har også sett konsekvensane av dette; tørre lepper og slimhinner. Dette kan skape ubehag for den terminale pasienten. Dette kan førebyggast ved at sjukepleiar utfører munnstell og fukt av munnen. Pasientar som kan drikke, kan forsøke små munnfullar med vatn, fruktsaft, kamille- eller salviete (Blix & Breivik, 2006, s. 366). Munnstell kan ein også undervise pårørende til å utføre, slik at dei kan få kjensla av å kunne bidra til velvære for pasienten (Blix & Breivik, 2006, s. 366). For at pasienten skal oppnå best mogleg velvære må ein må vurdere kontinuerlig kva behov pasienten har. Pasientens situasjon er avgjerande for kva tiltak som vert sett i verk, og dette støttar opp under funna i studien til Kastbom et al. (Kastbom et al., 2017). Mange pasientar kan også oppleve auka sveitning, og ein må sørge for at klede og sengklede vert skifta ofte nok. Terminale pasientar er ofte inkontinent for både urin og avføring (Blix & Breivik, 2006, s. 367). I praksis har vi erfart at å legge inn kateter kan vere eit lindrande tiltak. Når døden nærmar seg skal ein ikkje overdrive kroppspleie. Det er ein vanskelig balansegang mellom å lindre ubehag og samtidig bidra til kvile, ro og velvære (Blix & Breivik, 2006, s. 368-369).

5.2 Relasjon mellom sjukepleiar, pasient og pårørende

Joyce Travelbee skriv om menneske til menneske forholdet og at det skal byggje på gjensidig tillit og respekt. For å oppnå eit tillitsforhold mellom sjukepleiar og pasient meiner Travelbee at empati, sympati og medkjensle er viktige faktorar, og at forholdet mellom pasient og sjukepleiar er avgjerande for at ein skal bli kjend med den sjuke (Travelbee & Thorbjørnsen, 2014, s. 171-172). Av erfaring frå kreft sengepost opplevde vi at det er ein varierende prosess å verte kjend med pasienten. Vi har også opplevd at det er lettare å skape ein god relasjon til pasientar som har kjent seg godt ivaretatt av helsepersonell tidlegare. Mange gjev også uttrykk for at dei kjenner på tillit til helsevesenet og litar på at dei får best mogleg behandling, for å kunne sleppe å lide den siste tida (Kastbom et al., 2017). Om pasienten opplev at sjukepleiaren har det travelt eller ikkje tar han på alvor ved å bagatellisere problema til pasienten, vil han trekke seg tilbake og det vert vanskelig for han å bearbeide kjensler og tankar (Blix & Breivik, 2006, s. 362).

Studien til Peterson et al. fortel om utfordringa med å nytte dei rette orda til rette tida til rette pasienten (Peterson et al., 2010). Ein må ha fokus på å tilpasse informasjonen som vert gjeve til pasienten. Det er individuelt kor mykje informasjon pasienten ynskjer å få. Det er betydelig eit mindre tal som ikkje ynskjer å vite om prognosen deira er dårlig eller når dei nærmar seg slutten av livet. Det er også eit mindre tal av pasientane som ikkje ynskjer livslang behandling grunna potensielle biverknadar (Alifrangis, C et al., 2011). Utifrå vår erfaring frå kreft sengepost har vi lært at det er viktig med god kommunikasjon og tore å stille vanskelege spørsmål. Det er slik ein kan finne ut kva pasienten tenkjer. Sjukepleiarar i studien til Peterson et al. fortalde òg om belastinga for å ivareta ein døyande pasient. I studien blir det trekt fram at ein av dei største bekymringane for sjukepleiarar er å sørgje for at informasjonsbehovet til pasienten og pårørende vert oppfylt (Peterson et al., 2010). Pårørende er dei som kjenner pasienten best og kan være ei stor støtte for pasienten. Dersom pasienten er for dårleg til å uttrykke liding, uro eller ande behov kan pårørende formidle pasientens eigne ønsker og tankar. På den andre sida kan nokon pårørende føle at dei må hjelpe til, sjølv om dei i utgangspunktet er slitne og har hatt mykje ansvar for pasienten før han kom inn på sjukehuset. Som sjukepleiar må ein informere pårørende om at dei gjer ein god jobb med å «berre» vere tilstades for pasienten (Kaasa et al., 2016, s. 274-

276). Ei utfordring vi har opplevd i praksis er at pårørende ikkje har same kompetansen som helsepersonell, eller klarer å opptre objektive blant sine egne. Sjukepleiar må difor informere og formidle tilstrekkeleg informasjon som er tilpassa den einskilde.

Målet med pleie og behandling i ein palliativ setting er å gje pasienten best mogleg lindring på ein tverrfagleg måte. Om dette ikkje fungerer utifrå eigen kunnskap, eller ved hjelp av eit samarbeid i avdelinga, må terskelen for å ta i bruk andre ressursar vere låg. Om sjukepleiaren ikkje meistrar å ivareta pasienten sine behov er det lovpålagt å innhente bistand frå andre (Helsepersonelloven, 1999, § 4). Sjukepleie til terminale kreftpasientar krev fagkunnskap om pleie, symptomlindring og erfaring. Interesse og engasjement for å yte god omsorg er grunnleggjande for å kome i mål med den heilskapelege omsorga. Det er viktig med eit godt samarbeid mellom sjukepleiarar, legar, palliativt team og andre aktørar. I tverrfagleg samarbeid er det viktig med god kommunikasjon mellom aktørane. Ein må dokumentere slik at alle involverte er oppdaterte til ein kvar tid. I praksis har vi sett at pasienten kjenner seg ivaretatt når han opplev at alle har informasjon om kva som skjer. Dei fleste pasientar har potensial til å oppnå ein god død med støtte av tverfagleg team for palliativ behandling (Leung et al., 2010). I studien til Kastbom et al fortel dei at ein kunne sjå effekt av å ha palliativt team med i behandling av terminale pasientar (Kastbom et al., 2017). Alle aktørar som er med på behandlinga av pasienten skal ha nødvendig kompetanse om palliasjon. I følge "nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen" krevst det god organisering av palliasjon for at den palliative pasienten skal få den kompetansen han har krav på (Helsedirektoratet, 2019). I vår praksis har vi erfart at god tverrfagleg tilnærming bidrar til å ivareta heile mennesket.

6 Konklusjon

Litteraturstudien omhandlar korleis ein som sjukepleiar kan bidra til å skape tryggleik til kreftpasientar i ein terminal fase. Ved å gjennomgå søkeprosess, lese forskning og litteratur har vi lært mykje om korleis ein kan trygge døyande pasientar. Tryggleik er eit grunnleggande behov. For at ein som sjukepleiar skal kunne bidra til at pasientar med ei kreftdiagnose får oppleve tryggleik i den terminale fasen, må ein vise heilskapleg omsorg. For å ivareta heile menneske må ein inkludere dei fysiske-, psykiske-, åndelige og sosiale behova til pasienten. Ein trygg terminal pasient meina vi er ein pasient som er tilstrekkelig informert, godt symptomlindra og kjenner seg trygg på den sjukepleia som blir gitt. Dette blir støtta opp under i funna i forskingsartiklane vi har nytta i litteraturstudien. Målet med all pleie og omsorg som blir gjennomført under livets siste dagar bør vere å lindre pasientens plagsame symptom, og auke pasientens velvære. Essensen i forskinga vi har nytta tilseier at det viktigaste for pasient og pårørande er at pasienten er godt symptomlindra og får ivaretatt grunnleggande behov. For at pasienten skal få oppleve tryggleik den siste tida er det viktig at ein som sjukepleiar ønsker å skape ein god relasjon til pasienten. Det er viktig at ein skapar eit menneske til menneske forhold. Vi meina at kunnskapen som har kome fram i oppgåva har implikasjonar for sjukepleiepraksis fordi det er framleis mange som døyr av kreftsjukdom. Ein kan drøfte om ein terminal pasient nokon gang kan oppleve å kjenne seg tilstrekkelig trygg, då døden kan vere skremmande. Vi meina det krev at sjukepleiarar held seg faglig oppdatert på ny forskning om eksistensielle behov, symptomlindring og tverrfaglig sjukepleie. Vidare må ein som sjukepleiar tileigne seg ny erfaring når det gjeld sjukepleieobservasjonar og kartlegging av symptom. Ein må interessere seg for å skape ein god relasjon til pasienten. Det viktig at ein har lav terskel for å ta i bruk andre aktørar som kan bidra for å ivareta heile mennesket. Tverrfaglig samarbeid innan terminal omsorg er sentralt.

7 Biografi

- Alifrangis, C, Koizia, L, Rozario, A, Rodney, S, Harrington, M, Sommerville, C, Peplow, T & Waxman, J. (2011). The experiences of cancer patients. *QJM: An international journal of medicine* 104(12), 1075-1081. <https://doi.org/10.1093/qjmed/hcr129>
- Almås, H., Stubberud, D.-G., Grønseth, R. & Toverud, K. C. (2016). *Klinisk sykepleie : 2* (5. utg.). Gyldendal akademisk.
- Blix, E. S. & Breivik, S. (2006). *Basisbok i sykepleie : om menneskets grunnleggende behov*. Fagbokforl.
- Brinchmann, B. S. (2016). *Etikk i sykepleien* (4. utg.). Gyldendal akademisk.
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Gyldendal akademisk.
- Folkehelseinstituttet. (2019, 4.12.19). *Stadig færre dør av kreft og hjerte- og karsykdom*. <https://www.fhi.no/nyheter/2019/stadig-farre-dor-av-kreft-og-hjerte--og-karsykdom/>
- Grov, E. K., Holter, I. M. & Toverud, K. C. (2015). *Sykepleieboken : 1 : Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie* (5. utg., Bd. 1). Cappelen Damm akademisk.
- Grønseth, R. & Jerpseth, H. (2019). *Bacheloroppgaven i sykepleie : praktiske råd i skriveprosessen* (1. utg.). Fagbokforlaget.
- Heggestad, A. K. T. & Nitter, A. L. (2018). *Etikk i klinisk sjukepleie*. Samlaget.
- Helsedirektoratet. (2019). *Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen* (IS-2800). https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/palliasjon-i-kreftomsorgen-handlingsprogram/Palliasjon%20i%20kreftomsorgen%20-%20Nasjonalt%20handlingsprogram%20med%20retningslinjer.pdf/_/attachment/inline/95636e37-ce73-4f2f-a61d-ee3f9e1ccada:fd30165370557eebcb60adcdb8473e4b786776b4/Palliasjon%20i%20kreftomsorgen%20-%20Nasjonalt%20handlingsprogram%20med%20retningslinjer.pdf
- Helsepersonelloven. (1999). *Krav til helsepersonells yrkesutøvelse* (4). https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?fbclid=IwAR10eNvWa2QFEe56ESPzeJ-QaDsBzvzyCiVp8j9SsrnF6HQdf6qK_SjUgek
- Hui, D., dos Santos, R., Chisholm, G. B. & Bruera, E. (2015). Symptom Expression in the Last Seven Days of Life Among Cancer Patients Admitted to Acute Palliative Care Units. *Journal of pain and symptom management* 50, 488-494. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2014.09.003>
- Iversen, G. S., Fosse, I., Grøthe, Å., Jansen, K., Schaufel, M. A. & Teigen, S. (2016, 08.09.2016). *Livets siste dager- implementering og bruk av plan for lindring i livets slutfase*. Helsebiblioteket. <https://www.helsebiblioteket.no/fagprosedyrer/ferdige/livets-siste->

[dager?fbclid=IwAR3P6iL2oJ6GnaDfKZ-](https://doi.org/10.1007/s00520-016-3483-9)

[SilkojOjrmeCIKoMMwdPrt1Lcqn5qV13D7P8FMQPM#approach](https://doi.org/10.1007/s00520-016-3483-9)

Kastbom, L., Milberg, A. & Karlsson, M. (2017). A good death from the perspective of palliative cancer patients. *Support care cancer*, 25(3), 933-939. <https://doi.org/10.1007/s00520-016-3483-9>

Kristoffersen, N. J. (2016). *Grunnleggende sykepleie: Pasientfenomener, samfunn og mestring* (3. utg., Bd. 3). Gyldendal akademisk.

Kaasa, S., Loge, J. H. & Haugen, D. R. F. (2016). *Palliasjon : nordisk lærebok* (3. utg.). Gyldendal akademisk.

Larsen, I. K. (2019). *Cancer in Norway* (ISSN: 0806-3621). c. r. o. norway.

[https://www.kreftregisteret.no/globalassets/cancer-in-](https://www.kreftregisteret.no/globalassets/cancer-in-norway/2019/cin_report.pdf?fbclid=IwAR25_Jjusct0-0GT4qkHKA7i_KYmtDxKdRAGq3m_56KQVw6i8VORLkKz77g)

[norway/2019/cin_report.pdf?fbclid=IwAR25_Jjusct0-](https://www.kreftregisteret.no/globalassets/cancer-in-norway/2019/cin_report.pdf?fbclid=IwAR25_Jjusct0-0GT4qkHKA7i_KYmtDxKdRAGq3m_56KQVw6i8VORLkKz77g)

[0GT4qkHKA7i_KYmtDxKdRAGq3m_56KQVw6i8VORLkKz77g](https://www.kreftregisteret.no/globalassets/cancer-in-norway/2019/cin_report.pdf?fbclid=IwAR25_Jjusct0-0GT4qkHKA7i_KYmtDxKdRAGq3m_56KQVw6i8VORLkKz77g)

Leung, K.-K., Tsai, J.-S., Cheng, S.-Y., Liu, W.-J., Chiu, T.-Y., Wu, C.-H. & Chen, C.-Y. (2010). Can a good death and quality of life be achieved for patients with terminal cancer in a palliative care unit? *Journal of palliative medicine*, 13. <https://doi.org/10.1089/jpm.2010.0240>

Meld. St. 24 (2019-2020). *Lindrande behandling og omsorg - vi skal alle dø en dag. Men alle andre dager skal vi leve.* . H. o. omsorgsdepartementet.

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-24-20192020/id2700942/>

Moesmand, A. M. & Kjøllesdal, A. (2004). *Å være akutt kritisk syk : om pasientenes og de pårørendes psykososiale reaksjoner og behov* (2. utg. utg.). Gyldendal Akademisk.

Oslo-Universitetssykehus. (2016, 17.10.2019). *Edmonton Symptom Assessment System (ESAS)* Henta 26.10.2020 frå <https://oslo-universitetssykehus.no/edmonton-symptom-assessment-system-esas?fbclid=IwAR1qZBLGeBy5VPKAESWllc2NC8t6K6wlKz-ciBAMtj31NtO5EsxMH2F6fK4>

Peterson, J. L., Johnson, M. A., Halvorsen, B., Apmann, L., Chang, P.-C., Kershek, S., Scherr, C., Ogi, M. & Pincon, D. (2010). What is it so stressful about caring for a dying patient? A qualitative study of nurses' experiences. *International journal of palliative nursing* 16((4)), 181-187. <https://doi.org/10.12968/ijpn.2010.16.4.47784>

Reitan, A. M. & Schjøllberg, T. K. (2017). *Kreftsykepleie : pasient, utfordring, handling* (4. utg.). Cappelen Damm akademisk.

Renolen, Å. (2015). *Forståelse av mennesker : innføring i psykologi for helsefag* (2. utg.). Fagbokforl.

Travelbee, J. & Thorbjørnsen, K. M. (2014). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Universitetsforl.



Høgskulen på Vestlandet

Bacheloroppgave i sykepleie

SK152

Predefinert informasjon

Startdato:	07-12-2020 09:00	Termin:	2020 HØST
Sluttdato:	07-12-2020 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Bacheloroppgave i sjukepleie	Studiepoeng:	15
SIS-kode:	203 SK152 1 O 2020 HØST		
Intern sensor:	Anne Marie Sanduoll		

Deltaker

Kandidatnr.:	125
---------------------	-----

Informasjon fra deltaker

Antall ord *:	7323
----------------------	------

Kan eksamensbesvarelsen gjøres til gjenstand for utlån?:

Nei

Egenerklæring *:

Ja

Jeg bekrefter innlevering til biblioteket *:

Ja

Sett hake dersom besvarelsen kan brukes som eksempel i undervisning?:

Ja

Inneholder besvarelsen konfidensielt 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

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