

BACHELOROPPGÅVE

Heime til mitt siste andedrag
Home until my last breath

Kandidatnummer 267

Bachelor i sjukepleie

Fakultet for helse – og sosialvitenskap
Institutt for helse – og omsorgsvitenskap
Innleveringsdato: 14.06.2021 kl.14.00
Antal ord: 7940

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, § 12-1.*

Samandrag

Tittel: Heime til mitt siste andedrag

Bakgrunn: Kreft er ein sjukdom som rammar svært mange, og fleire har eit ynskje om å få vere heime til det siste. Det å få vere heime er for mange avgjerande for å få ei god avslutning på livet. Dette krev god planlegging og tilrettelegging. Hensikta med denne oppgåva er å auke kunnskapen om korleis ein kan kartleggje og smertelindre kreftpasientar som ynskjer å døy heime.

Problemstilling: Korleis kan sjukepleiaren bidra til best mogleg smertelindring til palliative kreftpasientar som ynskjer å døy heime?

Metode: Litteraturstudie er brukt som metode i denne oppgåva. Litteraturen er fagleg og forskingsbasert kunnskap. Den består både av forskingsartiklar og pensumbøker, samt anna relevant teori og erfaringar. Databasane som blir nytta er Academic Search Elite, Cinahl, Medline og SveMed+.

Oppsummering av funn: I forskingsartiklane og teorien kjem det fram at det er krevjande og utfordrande å gje tilstrekkeleg smertelindring. For å kunne gje best mogleg smertelindring, er det viktig å kartleggje smertene og bruke pårørande som ein ressurs. Gjennom god kommunikasjon og informasjon, skapar ein tryggleik både for pasient, pårørande og helsepersonell. Forskingsartiklane legg også vekt på at sjukepleiarane må halde seg fagleg oppdatert.

Konklusjon: Kartleggingsverktøy dannar eit godt bilete av pasienten sine smerter og opnar for samtale. Optimal symptomkontroll og trygge pasienten er viktig for å oppnå best mogleg livskvalitet. Målet med palliativ behandling er å redusere og lindre symptom, samt gje ein verdig og trygg avslutning på livet. Det er avgjerande at sjukepleiarane har tilstrekkeleg med kunnskap og kompetanse, i tillegg til å ha ein god palliativ plan for pasienten gjennom tverrfagleg samarbeid.

Nøkkelord: Kreft, palliasjon, heimedød, smertekartlegging, smertelindring

Summary

Title: Home until my last breath

Background: Cancer is a disease that affects a lot of people and many wish to spend their last days of life at home. For many, being at home is crucial for a good end to their life. This requires good planning and facilitation. The purpose of this assignment is to increase knowledge of how to map and relieve cancer patients who want to die at home.

Research question: How can nurses contribute to the best possible pain relief to palliative cancer patients who wish to die at home?

Method: Literature studies are used as method in this assignment. The literature in the thesis are professional and research-based knowledge. It consist of both research articles and curriculum, in addition to other relevant theory and real-life experiences. The databases which are used are Academic Search Elite, Cinahl, Medline and SveMed+.

Summary of findings: The research articles and the theory show that it is demanding and challenging to give adequate pain relief. To be able to give as good pain relief as possible, it is important to map the pain and use the relatives as a resource. Through good communication and information, safeness is created for the patient, the relatives and the health personnel. The research articles also emphasize that the nurses must keep themselves updated on the subject.

Conclusion: The mapping tool creates an overview of the patient's pain and opens for conversation. An optimal control of the symptoms and provide safety for the patient is important to achieve as good life quality as possible. The main purpose of palliative treatment is to prevent and relieve symptoms, as well as to give a worthy and safe ending of life. It is crucial that the nurses have sufficient knowledge and competence, in addition to have a good palliative plan for the patient through interdisciplinary cooperation.

Keywords: Cancer, palliative care, home death, pain mapping, pain relief

Innholdsliste

1 Innleiing	1
1.1 Introduksjon	1
1.2 Bakgrunn for val av tema	2
1.3 Problemstilling.....	2
1.4 Presisering og avgrensing	2
2 Metode	3
2.1 Litteraturstudie som metode	3
2.2 Forskingsetikk.....	3
2.3 Søkeprosess og funn	4
2.3.1 Databasar	4
2.3.2 Manuelt søk	5
2.4 Søk etter anna litteratur	5
2.5 Kjeldekritikk og kvalitetskriterar.....	5
3 Teori	6
3.1 Kreft	6
3.2 Smertekartlegging.....	7
3.3 Smertelindring.....	7
3.4 Palliativ behandling.....	9
3.5 Individuell - og palliativ plan.....	9
3.6 Heimedød	10
3.7 Heimesjukepleie.....	11
4 Resultat/funn	12
4.1 Artikkel 1	12
4.2 Artikkel 2	12
4.3 Artikkel 3	13

4.4 Artikkel 4	13
4.5 Artikkel 5	14
4.6 Forskingsartiklanes relevans	14
5 Drøfting	15
5.1 Smertekartlegging.....	16
5.2 Smertelindring.....	18
5.3 Kunnskap og kompetanse	21
6 Konklusjon	24
Litteraturliste	25
Vedlegg 1: Søk i database.....	28
Vedlegg 2: ESAS	29
Vedlegg 3: Norpal (Nordfjord palliasjon)	30
Vedlegg 4: Dei fire lindrande medikament	32

1 Innleiing

Sjølv om mange fleire kreftpasientar ynskjer å døy heime, har ikkje andelen endra seg noko særleg dei siste 20 åra. I følgje Folkehelseinstituttet er det 13 prosent som døyr heime (FHI, 2019).

1.1 Introduksjon

Kreftdøden kan vere ein belastande død som befolkninga ofte assosierer med smerter. Det er også ein del andre ubehagelege symptom som kan førekome. Mange av pasientane har levd med sjukdommen over lengre tid, og vore gjennom periodar med uvisse, håp og skuffelse. Dei har levd med ein sjukdom som har utvikla seg gradvis, og mange har gjennomgått svært krevjande behandlingar. For å skape ei best mogleg ramme rundt pasienten og pårørande i slutfasen av livet, er det viktig å gje pasientane tryggleik for at dei ikkje skal lide (Wist, 2018, s.33).

Internasjonalt har det blitt gjort studiar som viser at fleirtalet har eit ynskje om å få døy heime. I nokre av studiane kjem det fram at dette ofte gjeld pasientar med kreft (Brenne & Estenstad, 2016, s.162). Bevisst satsing på å styrkje heimebasert omsorg og auke personale sin kompetanse innan palliasjon, bidreg til å auke andelen av heimedød (Brenne & Estenstad, 2016, s.164). Som sjukepleiar har ein eit profesjonelt ansvar for å definere, fremje og beskytte eit forsvarleg og akseptabelt kvalitetsnivå. Dette handlar til dømes om å skape rom for forbetringstiltak, fagutvikling og forskning, i tillegg til å stille seg kritisk og konstruktiv til utøving av sjukepleiefaget (Holter, 2015, s.117).

Målet med palliativ symptomlindrande behandling er å lindre plagsame symptom, der behandlinga er retta mot eitt eller fleire av desse symptoma (Kaasa, 2016, s.45). Optimal behandling oppnår ein best ved å integrere medisinske behandlingstiltak, med optimal omsorg og pleie. Menneske som er i den siste delen av livet må ha det best mogleg, slik at dei som ynskjer det får vere heime og ikkje på institusjon (Kaasa & Loge, 2016, s.49).

1.2 Bakgrunn for val av tema

Min kreftsjuke farfar hadde eit stort ynskje om å få vere heime til sitt siste andedrag. Etter fleire år med ulike kreftbehandlingar, kunne ikkje sjukdommen lenger kurerast. Behandlinga blei då å gje best mogleg symptomlindring, pleie, omsorg og livskvalitet. Sjølv om farfar var lastebilsjåfør og stadig på farta, var vande omgivnadar med det som var kjent og kjærte viktig for han. Farfar si svigerdotter blei ein viktig ressurs for han og resten av familien. Ho er kreftsjukepleiar, og var med farfar til alle døgnets tider. I tillegg hadde farfar eit tverrfagleg team rundt seg, samt dagleg besøk av heimesjukepleie. Ein fin vårdag i Mai 2010 sovna farfar fredeleg inn, heime med sine næraste rundt seg.

I tillegg til å få oppleve palliativ behandling i heimen som pårørande, fekk eg også oppleve det som sjukepleiarstudent i heimesjukepleiepraksis. Denne opplevinga gjorde at eg fekk eit større innblikk i korleis ein skal gje best mogleg lindrande behandling, spesielt i forhold til smerter. Både personlege opplevingar, erfaringar frå praksis og interessa rundt palliativ behandling, ligg til grunn for val av tema til denne oppgåva.

1.3 Problemstilling

Korleis kan sjukepleiaren bidra til best mogleg smertelindring til palliative kreftpasientar som ynskjer å døy heime?

1.4 Presisering og avgrensing

Oppgåva handlar om korleis ein skal kartleggje og smertelindre eldre kreftpasientar som ynskjer å døy heime. Det er mest fokus på medikamentell behandling, men ikkje-medikamentell behandling er inkludert der det er naturleg å trekkje det inn. Pårørande er viktige ressurspersonar og støttespelarar ved palliativ behandling. Sjølv om dette ikkje er hovudfokuset i oppgåva, er det likevel aktuelt å ha det med.

Smertekartlegging er svært sentralt for å kunne gje best mogleg smertelindring, sjølv om dette ikkje er presisert i problemstillinga. Omgrepet «best mogleg» er brukt i staden for «tilstrekkeleg» eller «god», fordi det er utfordrande å gje fullstendig smertelindring til kreftpasientar.

Bacheloroppgåva tek ikkje for seg uventa heimedød. Dette gjeld også administrativ leiing og økonomi, då temaet sitt omfang hadde blitt for tidskrevjande og stort.

2 Metode

Ved å bruke litteraturstudie som metode, blir kunnskap og informasjon samla inn på ein systematisk måte (Thidemann, 2019, s.74).

2.1 Litteraturstudie som metode

Data og informasjon er henta frå allereie eksisterande forskning, teori og fagkunnskap (Dalland, 2019, s.51-52). Ein litteraturstudie blir systematisert ved at ein fyrst samlar inn litteratur. Deretter går ein gjennom litteraturen med eit kritisk blikk og samanfatar den. Dette fører til at lesaren får ei god forståing av kunnskapen som problemstillinga krever (Thidemann, 2019, s.77-78).

2.2 Forskingsetikk

Forskingsetikk handlar om å vurdere forskning i forhold til samfunnet sine verdiar og normer (Dalland, 2019, s.227). Som sjukepleiar er det viktig å kjenne til dei forskningsetiske prinsippa, korleis ein skal rettleie pasientar og korleis ein sjølv skal opptre dersom ein skal delta i forskning. Den viktigaste norma er å ta omsyn til forsøkspersonane. Det er naudsynt med god informasjon og frivillig samtykke, samt at forsøkspersonen skal kjenne til om prosjektet medfører noko risiko. Alle naudsynte førehandsreglar skal bli teke for å sikre personvern. Forskingsetiske normer er også viktige å følgje ved studentarbeid, fordi ein skal ivareta respekten for at alle er autonome og har rett til å vere delaktige i avgjersler om eige liv (Slettebø, 2021, s.255).

Erfaringar frå privatliv og praksis blir brukt for å støtte opp under teoriane som blir drøfta. Opplysningane som blir nytta i oppgåva vil ikkje kunne identifisere enkeltpersonar, då anonymisering av sensitive opplysingar blir overhaldt. Dette blir gjort ved å ikkje oppgje namn eller personnummer, eller gjenkjennelege spesielle bakgrunnsvariablar (Dalland, 2019, s.239).

2.3 Søkeprosess og funn

For å belyse problemstillinga, er det brukt forskning som rettar seg inn mot helsepersonell sine opplevingar og erfaringar. Forskingsartiklane har i hovudsak nytta ein kvalitativ metode, som har til hensikt å få kunnskap om personane sine opplevingar, erfaringar, tankar, meiningar og haldningar (Thidemann, 2019, s.76). Årsaka til at kvalitativ metode er mest brukt i denne oppgåva, er fordi det gjev ei heilskapleg forståing med brei kunnskap innan eit smalt felt. I kvantitative data blir resultatet ofte presentert gjennom tall, medan kvalitative forskingsartiklar blir lagt fram i form av tekst.

Før søkeprosessen, blei PICO-skjema brukt for å lettare finne søkeord og jobbe kunnskapsbasert. Deretter blei databasen SveMed+ nytta til å finne synonym både på norsk og engelsk. Hensikta med å bruke synonym, er å ikkje miste artiklar der synonym blir brukt.

2.3.1 Databasar

Databasane som blir nytta for å finne relevante og gode artiklar er Academic Search, Cinahl og Medline. Fordelen med å bruke desse tre databasane, er at ein kan søke i alle tre samtidig. Alle databasane er anbefalt av Høgskulen på Vestlandet. For å finne norske forskingsartiklar knytt til problemstillinga, blir databasen SveMed+ brukt.

Felles for søka er at søkeorda er på engelsk, i tillegg til at artiklane ikkje er eldre enn 10 år (2011-2021). Søkeorda som er mest brukt er cancer patients, palliative care, pain management, nurse og home. Årsaka til at søkeorda er på engelsk, er for å utvide utvalet av artiklar. To av artiklane er frå Iran og India. Desse blei funne gjennom databasane Academic Search, Cinahl og Medline. Dei tre andre artiklane er norske og blei funne gjennom SveMed+ (vedlegg 1).

Alle forskingsartiklane blei valt ut ved å lese overskrifter og samandrag. Vidare gjekk eg djupare inn i kvar enkelt artikkel. Målet med søket var å finne studiar frå ulike perspektiv, både pasientar, pårørande og sjukepleiarar. Dette gjev eit breiare syn på problemstillinga.

2.3.2 Manuelt søk

For å finne interessante og relevante primærstudiar, kan referansar i ein systematisk og relevant litteraturoversikt vere til hjelp (Thidemann, 2019, s.83). Ved å lese referanselistene til tidlegare bachelor – og masteroppgåver, har eg fått tips til forskingsartiklar som er aktuelle i forhold til problemstillinga. Tidsskriftet Sykepleien blei også brukt til å søke etter fag – og forskingsartiklar knytt til temaet. Sjølv om det er henta inspirasjon frå tidlegare oppgåver, er alle forskingsartiklane blitt funne gjennom søk i database.

2.4 Søk etter anna litteratur

Bøker frå pensum er brukt for å finne relevant litteratur utanom forskning. Litteraturen er nyttig for å belyse problemstillinga og er anbefalt frå Høgskulen på Vestlandet. I tillegg har rettleiar kome med forslag til litteratur som også er inkludert i oppgåva.

Bøkene som er mest nytta er Palliasjon (Kaasa & Loge, 2016), Metode og oppgaveskriving (Dalland, 2019), Sykepleie i hjemmet (Birkeland & Flovik, 2018), Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie (Grov & Holter, 2015) og Klinisk sykepleie 2 (Almås et al., 2013). Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter (Thidemann, 2019) er brukt for å få god forståing og struktur i oppgåva.

2.5 Kjeldekritikk og kvalitetskriterar

Kjeldekritikk handlar om å karakterisere og vurdere litteraturen (Dalland, 2019, s.158). Dalland (2019) delar kjeldekritikk inn i to hovudkategoriar: litteratursøk og grunngje val av litteratur. Litteratursøket handlar om å finne relevant litteratur og forskning som belyser problemstillinga. Å grunngje litteraturen vil seie å vurdere om den er fagleg og truverdig (Dalland, 2019, s.152).

Kjeldequaliteten kan ein vurdere ved å sjå på kor ekte, truverdig og kva type kjelde det er. Ein kan følgje Dalland (2019) sine seks spørsmål for å finne ut kva relevans teksten har for den aktuelle problemstillinga. Desse spørsmåla går ut på kven som er forfattar av testen, kvifor, når og kven for. I tillegg til kva type tekst det er og føremålet med teksten (Dalland, 2019, s.159-160).

I bacheloroppgåva ynskja eg å ha forskingsartiklar både på norsk og engelsk. Fordelen med å ha nokre norske artiklar, er at sjansen for feiltolking er mindre. Samtidig er det nyttig for oppgåva å ha både nasjonal og internasjonal forskning, slik at ein får eit større bilete av temaet. Hovudfordelen med artiklane er at dei teke føre seg det aktuelle temaet og informasjonen er tydeleg retta mot mi problemstilling, i tillegg til at dei har innhald som kan drøftast. Svakheita med forskingsartiklar på engelsk, er at det kan føre til mistolkingar. Omsetjing frå norsk til engelsk kan føre til at ein ikkje får fram den heilskaplege konteksten. Ei anna svakheit kan vere at to av artiklane er utført i India og Iran. I desse landa er det vanlegare å ta meir ansvar for sine sjuke familiemedlemmar og landa har eit anna fokus kring alternativ medisin. Likevel er desse artiklane inkludert i min oppgåve, fordi dei har god relevans for problemstillinga.

Pensumlitteraturen er vurdert som relevant i forhold til problemstillinga, fordi litteraturen inneheld mykje nyttig informasjon som kan byggje opp under oppgåva.

3 Teori

I dette kapittelet blir det gjort greie for teori som er relevant for temaet og problemstillinga. Gjennom kapittelet er det skapt eit teoretisk fundament som blir teke med vidare i drøftinga.

3.1 Kreft

Ved kreft deler cellene seg ukontrollert og utfører ikkje dei oppgåvene som friske celler ville ha gjort. Når kreftcellene fortsetter å dele seg, skjer det ei opphoping av kreftceller i det organet der den ukontrollerte veksten starta. Dette fører til at det blir danna ein kreftsvulst (Lorentsen & Grov, 2013, s.402.)

Den medisinske behandlinga for kreftsjukdom er avhengig av kor svulsten er lokalisert, og kva type kreft pasienten har. Det er svært viktig å ha eit mål med behandlinga for den enkelte pasient, med tanke på faren for alvorlege biverknadar. Dette kan mellom anna vere heilbredande, forlengande eller symptomlindrande (Lorentsen & Grov, 2013, s.402). Mange kreftpasientar døyr av sin sjukdom, til tross

for ekstensiv kirurgi, strålebehandling, cellegiftbehandling og hormonbehandling (Wist, 2018, s.33).

3.2 Smertekartlegging

Dei fleste menneske har ei slags frykt for fysiske smerter. Difor er systematisk kartlegging av smerter viktig (Thoresen & Dahl, 2015, s. 948-949). Det er bestemt at ESAS (vedlegg 2) skal vere kvalitetsindikator for palliativ behandling i Noreg. I ESAS-skjemaet (Edmonton Symptom Assessment System) er det to spørsmål som omhandlar smerter; smerte i ro og smerte i bevegelse. Dei andre symptoma som blir kartlagt med skjemaet er slappheit, kvalme, tungpust, munntørreheit, matlyst, angst/uro og tristheit/depresjon. I og med at fleire av desse symptoma ofte kjem samtidig og kan forsterke opplevingane av smerter, er det hensiktsmessig å bruke ESAS også ved smertekartlegging (Lorentsen & Grov, 2013, s.412).

Det er fleire måtar å kartleggje smerter på. Ein kan mellom anna få pasienten til å fortelje eller peike på kroppen kor smertene sit. Til dette kan ein til dømes bruke eit smertekart som hjelpemiddel. Ein kan også be pasienten rangere intensiteten til smertene ved å bruke NRS (numerical rating scale). Dette er ein skala som går frå 0 til 10, der 0 er ingen smerter og 10 er verst tenkelege smerter (Knudsen & Kaasa, 2016, s.390-391).

Dersom pasienten sjølv ikkje greier å seie i frå, må sjukepleiaren sjå etter teikn på smerter. Det kan vere at pasienten er uroleg, lagar grimasar, ynkar seg eller gjer motstand ved snuing (Thoresen & Dahl, 2015, s.949). Ein kan då bruke skjema som er spesielt utvikla for observatørvurderingar, som Dolopuls-2 og MOBID-2 (Knudsen & Kaasa, 2016, s.399).

3.3 Smertelindring

Smerte er ein primær og negativ oppleving, som kan variere i forhold til kva type smerter ein snakkar om. Felles for alle smerteuttrykk er det vonde, sårbare og hjelpelause. Smerter uttrykkjer liding, enten det er via verbalspråket, kroppsspråket eller gestikulasjonar (Nortvedt & Nortvedt, 2018, s.81).

Kreftsmarter er ofte ein tilstand som er kronisk, og behandlinga må innrettast der etter. Vedvarande smarter kan føre til at pasienten kjenner seg meir oppgitt. Dette kan medverke til sosial isolasjon, gi ei kjensle av eit uverdige liv og i verste fall utløyse tankar om døden. Dersom pasienten har vedvarande smarter, skjer det fysiologiske forandringar som fører til at smerteimpulsen blir sterkare, som igjen gjer det vanskelegare å behandle smertene (Kaasa, 2016, s.404).

Opptil 75 prosent av alle pasientar i livets siste fase opplever smarter som krev behandling med opioidar. Det er difor viktig å ha døgkontinuerleg fokus på god smertelindring hjå døyande pasientar (Brenne & Dalene, 2016, s.643). Morfin er fyrstevalet blant opioidar for pasientar i den palliative fasen. Preparatet er rimeleg, blir godt absorbert ved subkutan administrasjon, og er godkjent gjennom mange års bruk. Dersom pasientane har brukt langtidsverkande opioidar i plasterform før den døyande fasen, kan ein halde fram med dette fordi den subkutane absorpsjonen er framleis god (Brenne & Dalene, 2016, s.643). Opioidar i tablettform bør erstattast i form av subkutan tilførsel, sidan døyande pasientar ofte er kvalme og får svelgvanskar. Tablettar kan også erstattast med stikkpiller, som til dømes legemiddelet Paracetamol. Dette kan ein også gje i injeksjonsform og intravenøst (Brenne & Dalene, 2016, s.643-644).

Å lindre liding er sentralt i palliativ behandling, og grunnleggjande i alle delar av medisinen. Dette gjeld også dersom sterke smarter berre kan lindrast av legemiddel i så høge dosar, at død tidspunktet kan framskyndast noko. Sjølv om tidlegare død er ein biverknad ein ikkje ynskjer og ikkje ein intensjon for behandlinga, er det etisk akseptabelt. Adekvat smertelindring er snarare slik at den heller forlengjer, enn forkortar livet til ein pasient med sterke smarter. Det er viktig å informere pasienten og pårørande om at god smertelindring kan føre til at pasienten søv meir enn det vedkomande ville gjort tidlegare. Ein må også informere om at uro hjå den døyande ikkje naudsynlegvisvis er eit teikn på smarter, men at det kan vere delirium. Dette kan ein lindre ved å bruke andre medikament (Brenne & Dalene, 2016, s.644).

Dei fire viktigaste medikamenta for lindring i livet siste fase er morfin, haloperidol, midazolam og glycopyrrolat (vedlegg 4). Alle dei fire medikamenta kan blandast i ei sprøyte og bli gjeve i subkutan pumpe. Indikasjonen til morfin er å dempe smarter og

dyspné. Midazolam sin indikasjon er angst, uro, muskelrykningar og kramper. Haloperidol er for kvalme, uro, agitasjon og delirium. For å hindre eller dempe surkling i øvre luftvegar og ileus, blir det gitt Glykopyrrolat (Brenne & Dalene, 2016, s.649).

3.4 Palliativ behandling

Florence Nightingale var ein britisk sjukepleiar og samfunnsreformator. Ho blir rekna som grunnleggjaren av den moderne sjukepleia, og er mest kjend for sitt arbeid under Krimkringen. Nightingale pleia skadde og døyande soldatar på eit britisk feltsjukehus i Istanbul. Omsorg for døyande har sidan den gong vore ei sentral sjukepleiaroppgåve (Trier, 2013, s.894).

Omsorg for døyande blir kalla lindrande- og palliativ behandling. Palliativ omsorg blir brukt som eit felles omgrep på det tverrfaglege arbeidet som blir utført til alvorleg sjuke og døyande. Ordet palliativ er latinsk for palliare, som betyr å dekke med ei kappe. Dette er ein metafor som uttrykkjer lindring og omsorg, som er essensielt for døyande og deira pårørande (Trier, 2013, s.895).

Behandlingsintensjonen er vanleg å dele inn i kurativ og palliativ. Kurativ behandling har som mål at pasienten skal bli kreftfri. Palliativ behandling har som mål å førebyggje eller utsetje symptom, som ofte kan førecome raskt utan behandling. Målet kan også vere å utsetje utviklinga av sjukdommen. Palliativ symptomlindrande behandling har som mål å lindre plagsame symptom, og er ofte retta mot eit eller fleire av desse symptoma (Kaasa & Loge, 2016, s.44-45).

3.5 Individuell - og palliativ plan

Alle som har behov for langvarige og koordinerte tenester, har rett på ein individuell plan. Ein individuell plan er ein overordna plan for alle tiltak som blir satt i verk rundt pasienten. Det er eit frivillig tilbod for alle som fyller kriteria. Denne retten står mellom anna i helse – og omsorgstenestelova, pasient – og brukarrettslova, og i forskrifta om habilitering, rehabilitering, individuell plan og koordinator (Birkeland & Flovik, 2018, s.28).

Palliativ plan er ein type individuell plan der målet er å sikre god og tverrfagleg ivaretaking av den palliative pasienten. NorPal (vedlegg 3) er ein plan for palliasjon i Nordfjord, som blei til gjennom eit interkommunalt prosjekt. Målet med prosjektet var å heve kvaliteten på tenesta, sikre eit likt palliativt tilbod og tilby god oppfølging. Planen består av pasientinformasjon, pårørandeinformatjon, kontaktinformasjon, livshistorie, sjukdomshistorie, ynskje og mål, symptomlindrande tiltak, pårørande sine behov og avtalte tiltak, avklaringar, iverksetting og samtykkeerklæring. Dette er ein plan som ikkje berre blir brukt i samarbeidskommunane i Nordfjord, men også andre stader i Noreg.

3.6 Heimedød

I dag blir det lagt stor vekt på pasientane sin medråderett ved avgjerdsjar om eigen helse og sjukdom, også ved livets siste fase. Difor er det auka fokus på å leggje til rette for heimedød, for dei som ynskjer det (Brenne & Estenstad, 2016, s.161).

Sjølv om stadig fleire ynskjer å døy heime, er det likevel samansette grunnar til at ein døyr på sjukehus eller institusjon. I fleire studiar kjem det fram at type kreft, kjønn, alder, utdanningsnivå, sivilstatus og bustad, påverkar heimedød blant pasientar med kreft. Det er også ulike faktorar som påverkar heimedød, som diagnose, individuelle faktorar og faktorar som er knytt til miljøet rundt pasienten (Brenne & Estenstad, 2016, s.163).

For at ein pasient skal kunne få døy heime, er det ein del vilkår som må vere til stades. Heimedød skal vere eit ynskje frå pasienten sjølv, men også frå pårørande. Den døyande skal ikkje vere åleine i over eit lengre tidsrom, noko som vil seie at det må bu andre i same bustad. Pasienten skal få ivaretatt den fysiske pleia, inkludert smertelindring, på ein god og forsvarleg måte. Det skal vere tilgang til naudsynt teknisk utstyr og hjelpemiddel. Det må også finnast ressursar til omsorg for dei pårørande, samt at ulike delar av helsetenesta skal vere tilgjengeleg heile døgnet (Birkeland & Flovik, 2018, s.192).

Planlegging og god informasjon er svært viktig for at heimedød skal bli ein trygg og god erfaring for alle dei involverte. Samarbeidet mellom pasient, pårørande, heimesjukepleie og sjukehus, kan avklare moglegheiter og forventingar. Sjølv om

pasient og pårørende har blitt samde om heimedød, er det viktig at ein eventuell sjukehusinnlegging ikkje blir eit nederlag, men eit realistisk alternativ. Informasjon og kunnskapsdeling skapar tryggleik, både for pårørende og pasienten (Thoresen & Dahl, 2015, s. 937-940).

3.7 Heimesjukepleie

Heimesjukepleie er eit felles omgrep for all sjukepleie som blir utført i pasienten sin heim. Pasientane i heimesjukepleia er i ulike livsfasar og situasjonar (Birkeland & Flovik, 2018, s.13). Dei skal bli tilbydd teneste av god kvalitet, uavhengig av kor dei er. God samhandling i helse – og omsorgstenesta er avhengig av kunnskap, tillit, respekt og likeverd (Birkeland & Flovik, 2018, s.14). I helsepersonellova blir det sett krav til at helsehjelp, inkludert heimesjukepleie, skal utøve oppgåver fagleg forsvarleg og gje omsorgsfull hjelp (Birkeland & Flovik, 2018, s.29). Alle pasientar i heimesjukepleia har vedtak om helsehjelp. Behovet for helsehjelp utløyser rettigheter for pasientane, som kjem til uttrykk i pasient – og brukarrettslova (Birkeland & Flovik, 2018, s.34).

Heimesjukepleie er eit tverrfagleg samarbeid som krever at ein samarbeider med til dømes fastlegar, ergoterapeutar og fysioterapeutar. Dette er med på å sikre at pasientane får naudsynt og god helsehjelp (Birkeland & Flovik, 2018, s.97). At sjukepleiaren deltar i tverrprofesjonelt samarbeid, er utan tvil til gode for pasienten. Dette hevdar Virginia Henderson, som tok arva frå Nightingale inn i moderne sjukepleie (Mathisen, 2015, s.139). Pasientar som ynskjer å døy heime skal ha eit tverrfagleg team rundt seg, som samarbeider for å kunne gjere den tida pasienten har igjen å leve best mogleg (Birkeland & Flovik, 2018, s.191).

Arbeid med døyande pasientar i heimen, medfører ofte utfordringar. Heimesjukepleia er ofte den yrkesgruppa som kjem nærast og er mest involvert i situasjonen (Birkeland & Flovik, 2018, s.191). Ved å gje god informasjon kan ein redusere uro, auke tryggleik og førebyggje engstelse (Birkeland & Flovik, 2018, s.195). Døden er ukjend for oss og utfordrar dei grunnleggjande tankane om livet, vår eksistens og våre kjensler. Heimesjukepleia skal bidra til å lindre smerter og liding, for at den siste tida skal bli så bra som mogleg (Birkeland & Flovik, 2018, s.189).

4 Resultat/funn

I dette kapittelet blir forskingsartiklane presentert for å belyse problemstillinga i oppgåva. Kvar artikkel er presentert med tittel, forfattar, hensikt, metode og resultat/funn. Punkt 4.6 teke føre seg artiklane sin relevans for oppgåva.

4.1 Artikkel 1

«Iranian nurses' perceptions of palliative care for patients with cancer pain»
(Seyedfatemi, Borimnejad, Hamooleh & Tahmasebi, 2014).

Hensikta med denne studien er å identifisere iranske sjukepleiarar sin oppfatning av lindrande behandling for pasientar med kreftsmarter. Studien har ein kvalitativ tilnærming, der 15 sjukepleiarar blei intervjuja på tre ulike undervisningssjukehus i Iran.

Sjukepleiarane i artikkelen legg vekt på at palliativ behandling for pasientar med kreftsmarter må omfatte psykologisk empowerment, støtte og kommunikasjon, samt fysisk smertelindring.

4.2 Artikkel 2

«Analytical Study of short – and long-term. Results of home-based palliative care services to cancer patients» (Datta, Majumdar, Debbarma, Janapati & Datta, 2017).

Hensikta med studien er å undersøke terminale pasientar som er sengeliggjande, og kva behov dei har for palliativ omsorg. I artikkelen blir effektiviteten av den palliative omsorga vurdert. Dette er ein kvalitativ studie frå India.

Studien viser at heimebasert palliativ omsorg har svært positiv innverknad på pasientane. God symptomlindring fører til opplevingar av høgare livskvalitet. Heimebasert palliativ pleie er gunstig for sengeliggjande og heimebuande kronisk sjuke pasientar, inkludert kreftpasientar.

4.3 Artikkel 3

«Sykepleierens erfaring med å bruke ESAS til kartleggje symptomer hos kreftpasienter» (Ihler & Sæteren, 2019).

Hensikta med studien er å utforske sjukepleiaren sine erfaringar med å bruke ESAS, for å kartleggje symptom hjå pasientar med kreft i palliativ fase. I studien blir det nytta kvalitative djupneintervju av seks sjukepleiarar frå to onkologiske sengepostar, frå eit sjukehus i Helse Sør-Øst-regionen.

Sjukepleiarane i studien såg på ESAS som eit nyttig kartleggingsverktøy, der ein får eit bilete av pasienten sine subjektive symptomoppleving. I tillegg er det ein inngangsport for samtale med pasienten om deira symptom, noko som igjen bidrar til betre symptomlindring og livskvalitet for pasientane. ESAS-skjemaet blir brukt i varierende grad, noko som påverkar kor mykje skjemaet bidrar til å systematisere symptomkartlegginga.

4.4 Artikkel 4

«Sykepleierens erfaringer med smertelindring til hjemmeboende kreftpasienter» (Molnes, 2014).

I denne artikkelen sett ein søkelys på smertelindring til heimebuande kreftpasientar, der sjukepleiaren beskriv eigen praksis innanfor feltet. I tillegg er det fokusert på kva sjukepleiarane etterlyser av spesiell kompetanse, for å ivareta tryggleik i arbeidet med denne pasientgruppa. Artikkelen er ein kvalitativ studie som baserar seg på ei beskrivande undersøking. Dette er for at sjukepleiarane skal kunne formidle egne erfaringar frå praksisfeltet.

Artikkelen viser at dersom ein får fagleg oppdateringar, bidreg dette til å betre kunnskap rundt smertelindring til pasientar med kreft og palliativ sjukepleie. Sjukepleiarane opplever at bemanninga kan vere lav, som igjen fører til dårleg oppfølging av pasientane. For at heimesjukepleie kan forberede seg på best mogleg måte, er det viktig med gode utskrivingsrapportar, kartleggingsverktøy og auka kompetanse. Sjukepleiarane bør fokusere på symptomlindring og kommunikasjon, for å sikre at kreftpasientar får god behandling i heimen.

4.5 Artikkel 5

«Heimesjukepleiarens perspektiv på forhold som fremjar palliasjon i heimen»
(Røgenes, Moen & Grov, 2013)

Hensikta med artikkelen er å finne ut kva sjukepleiarane legg vekt på, som fremjande faktorar for lengst mogleg heimetid for pasientar i palliativ fase. I studien blir det nytta ein kvantitativ deduktiv metode. Basert på funn frå litteraturen, blei det utvikla eit spørjeskjema spesifikt for undersøkinga. Deltakarane var sjukepleiarar innan heimesjukepleie i norske kommunar.

Studien stadfestar at sjukepleiarane vurderer kommunikasjon, informasjon, organisering og samarbeid som relevant for å sikre fagleg tryggleik i arbeidet med pasientar i palliativ fase. Sjukepleiarar med lang erfaring svarar at dei oftare arbeidar tverrfagleg. Mannlege sjukepleiarar rapporterer at dei tilbyr samtale med pårørande og meistrar teknisk utstyr i større grad enn kvinnelege sjukepleiarar. Dei kvinnelege sjukepleiarane brukar i større grad kartleggingsverktøyet ESAS for oppfølging av pasienten sine symptom. Alt i alt legg sjukepleiarane vekt på fagleg tryggleik uttrykt gjennom kunnskap, refleksjon, erfaring og støtte.

4.6 Forskingsartiklanes relevans

Forskingsartiklane som blir brukt i oppgåva er relevante på kvar sine måtar. Det var utfordrande å finne artiklar som berre omhandla smertekartlegging og smertelindring. For å skrive ei god oppgåve er det viktig å ha artiklar som dekkjer begge deler, noko som desse fem forskingsartiklane gjer saman. Det som går igjen i alle artiklane, er sjukepleiarane sin mangel på kunnskap og kompetanse.

I forhold til smertekartlegging tek både artikkelen til Ihler & Sæteren (2019), Molnes (2014) og Røgenes (et al., 2013) for seg kvifor det er viktig å kartleggje smerter og ulike kartleggingsverktøy ein kan nytte. I hovudsak blir ESAS-skjema nemnt i artiklane. Sjukepleiarane i studien til Ihler & Sæteren (2019) opplever ESAS som eit nyttig verktøy, men at det kan oppstå misforståingar ved bruk av skjemaet. I artikkelen til Molnes (2014) kjem det fram at sjukepleiarane skjeldan nyttar

kartleggingsverktøy for å vurdere pasienten sin oppleving av smerter. Berre 3 av 10 sjukepleiarar nytta ESAS og årsaka til dette var mange (Molnes, 2014). Det er også ein skilnad i forhold til kvinnelege og mannlege sjukepleiarar når det gjeld å bruke ESAS. Dette viser artikkelen til Røgenes (et al., 2013). Fleire av studiane påpeikar pårørande som viktige ressursar for å kunne gje smertelindring i heimen.

Smertelindring blir nemnt i alle forskingsartiklane som blir brukt i denne oppgåva. Artikkelen til Seyedfatemi (et al., 2014) tek mellom anna for seg behandling av fysisk smerte og psykologisk empowerment, i tillegg til bruken av opioidar. For å kunne gje god behandling for fysiske smerter, er det viktig å kommunisere med pasienten (Seyedfatemi et al., 2014). Å gje smertelindring til rett tid fører til betre livskvalitet. I tillegg er det naudsynt å ha eit tverrfagleg team rundt pasienten (Datta et al., 2017). I studien til Ihler & Sæteren (2019) kjem det tydeleg fram at kartlegging av smerter er viktig for å kunne smertelindre, og samtidig opnar det opp for betre kommunikasjon. Molnes (2014) fann i sin studie ut at sjukepleiarane opplevde smertelindring til heimebuande pasientar som utfordrande og krevjande, men at samhandling og samarbeid blei sett på som svært viktig.

Årsaka til at smertelindring er utfordrande og krevjande, kan vere mangel på kunnskap og kompetanse hjå sjukepleiarane. Artikkelen til Røgenes (et al., 2013) legg vekt på at sjukepleiarane må halde seg fagleg oppdaterte. I studien til Molnes (2014) fortel nokre av sjukepleiarane at ein ikkje har nok kompetanse innan kreft. Nokre av sjukepleiarane meiner mellom anna eit ein burde ha ein kreftsjukepleiar i heimesjukepleia, eller at sjukepleiarane bør hospitere på kreftavdelingar (Molnes, 2014). I forhold til ESAS kjem det fram at sjukepleiarane brukar skjemaet i varierende grad, mogleg på grunn av lite kjennskap til fagprosedyren (Ihler & Sæteren, 2019). I studien til Seyedfatemi (et al., 2014) uttrykkjer ein av sjukepleiarane at kunnskap og kompetanse er svært sentralt for å kunne støtte pasientar i palliativ fase. Datta (et al., 2017) legg vekt på at eit tverrfagleg team er med på å auke og forsterke kompetansen.

5 Drøfting

I denne delen vil dei ulike forskingsartiklane saman med litteratur frå teoridelen og egne erfaringar, bli drøfta for å kunne svare på problemstillinga i oppgåva.

5.1 Smertekartlegging

Smerter hjå kreftpasientar vil ofte variere over tid. Det er difor viktig at ein følgjer opp pasientane systematisk for å få oversikt over smertetilstanden, og monitorere effekten av behandling (Kaasa, 2016, s.403). Grunnlaget for å kunne gje hjelp, er å gjere gode observasjonar og kartleggje pasienten sin tilstand. Dette stod veldig sentralt hjå Nightingale (Holter, 2015, s.110). Henderson la vekt på at ved å bli kjent med pasientane, får ein større moglegheit til å forstå kva behov dei har. For å kunne forstå eit anna menneske må ein lytte, observere og ha evne til å tolke det som ikkje blir sagt med ord (Mathisen, 2015, s.135). Dette legg eit godt grunnlag for å kartleggje smerter.

Systematisk symptomkartlegging er ein god føresetnad for effektiv symptomlindring. Det er mange ulike kartleggingsverktøy ein kan nytte. ESAS er det standardiserte kartleggingsverktøyet i det nasjonale handlingsprogrammet for palliasjon i kreftomsorga (Ihler & Sæteren, 2019). Ein av fordelane med ESAS er at symptomkartlegginga blir meir systematisk og effektiv.

Erfaringane mine frå heimesjukepleiepraksis er at personalet var flinke til å bruke ESAS-skjema ved palliativ behandling. Sjukepleiarane hadde som rutine å fylle ut skjemaet ein gong per dag. For å kunne samanlikne skjemaet frå dag til dag, blei det lagt inn på dokumentasjonssystemet. Å overføre informasjonen til pasienten sin journal eller kurve, er like viktig som innhenting av data (Knudsen & Kaasa, 2016, s.397). I heimesjukepleiepraksis blei ESAS også brukt til å skrive gode elektroniske meldingar til fastlegen, samtidig som det skapte god kommunikasjon mellom pleiar og pasient.

Sjukepleiarane i artikkelen til Ihler & Sæteren (2019) erfarte også at ESAS opnar for samtale, der pasienten kunne gje uttrykk for korleis dei hadde det. Samtidig førte det til at sjukepleiarane fekk ei oversikt over pasienten sine symptom og behov. Sjukepleiarane opplevde at ein fangar opp meir ved å bruke ESAS. Skjemaet gav eit augeblikksbilete, der sjukepleiarane kan følgje opp pasientane sine symptom over tid. Det fekk også fram pasientane sine eigne opplevingar av symptoma (Ihler & Sæteren, 2019). Å opne opp for samtale stod veldig sentralt hjå Henderson. Ho

meinte at god sjukepleie er å sjå pasienten som menneske, som har fysiske, psykiske, sosiale og åndelege dimensjonar (Mathisen, 2015, s.127).

Sjølv om ESAS-skjemaet kan opne for samtale, kan det også vere belastande for pasienten å svare på dette skjemaet kvar dag. I heimesjukepleiepraksis fekk personalet inntrykk av at ESAS kravde mykje energi. Pasienten gav uttrykk for at det var utfordrande å svare på dei ulike spørsmåla. I studien til Ihler & Sæteren (2019) blir det nemnt at ESAS-skjemaet kan opplevast som mas for pasienten, i alle fall dersom pasienten ikkje ser nytta i å bruke skjemaet.

Det er også ein del misforståingar som kan påverke ESAS-skjemaet, som igjen kan føre til at det ikkje representerer pasienten sin reelle symptomoppleving. Dette kan til dømes vere feiltolking av definisjonar som «slappheit» og «døsigheit» (Ihler & Sæteren, 2019). Det kan vere vanskeleg å vite skilnaden mellom desse to omgrepa. Eit anna døme er feiltolking av NRS-skalaen som blir brukt i ESAS. Matlyst blir gradert frå 0 til 10, der 0 er nedsett matlyst og 10 er verst tenkeleg nedsett matlyst. Her er det lett for pasientane å tru at høg skår tyder god matlyst (Ihler & Sæteren, 2019). Det er difor viktig at sjukepleiaren gjev god informasjon til pasienten, samt at dei kan å bruke ESAS-skjemaet og har dette som arbeidsrutine.

I artikkelen til Røgenes (et al., 2013) kjem det fram at kvinnelege sjukepleiarar nyttar kartleggingsinstrumentet ESAS i større grad enn mannlege sjukepleiarar. Varierende bruk kan føre til at ikkje alle symptom blir fanga opp, som igjen vil redusere skjemaet sin nytteverdi (Ihler & Sæteren, 2019). Sjukepleiarane i artikkelen til Ihler & Sæteren (2019) gav uttrykk for at det var vanskeleg å oppretthalde bruken av ESAS i ein hektisk kvardag. Det var også utfordrande å nytte ESAS dersom sjukepleiarane på neste vakt ikkje følgjer opp bruken av skjemaet (Ihler & Sæteren, 2019). Dette fører til at ein ikkje har same moglegheit til å samanlikne svara til pasienten, som er hensikta med skjemaet.

Ei anna utfordring med ESAS-skjema kan vere at sjukepleiarar som ikkje er innom pasienten så ofte, kan ha vanskar med å observere pasienten og fyller ut skjemaet. Difor er det nyttig å bruke pårørande som ein ressurs. Pårørande er dei som kjenner pasienten best og kan ofte sjå teikn til smerter som sjukepleiaren ikkje oppfattar.

Dette gjeld spesielt dersom pasienten sjølv ikkje seier i frå om smertene. Som pårørande erfarte eg at farfar var med på kartleggingsskjema i starten av den palliative fasen. Etter kvart som han blei dårlegare, blei det vanskelegare for han å svare på spørsmål. Då var det vi som pårørande, spesielt farmor, som registrerte smertene til farfar. Sjølv om det var utfordrande å gjere dette kvar dag, forsøkte ein å fylle ut skjemaet jamleg.

Dersom ESAS skal oppnå sitt føremål, er det viktig å bruke det rutinemessig. I studien til Ihler & Sæteren (2019) kjem det fram at skjemaet blir brukt i varierende grad, noko som påverkar kor mykje kartleggingsskjemaet bidrar til å systematisere symptomkartlegginga. Det er naudsynt med klare rutinar i forhold til bruk av ESAS på arbeidsplassen. For å kunne bruke skjemaet er det viktig med god undervisning og rettleiing både for personale, pårørande og pasient. Målet med kartlegging av smerter og andre symptom, er fyrst og fremst optimal symptomkontroll og pleie, men det er også ein god bakgrunn for samtale med pasient og pårørande (Knudsen & Kaasa, 2016, s.401). Dette støttar også Henderson gjennom sin teori om menneske sine grunnleggjande behov, der det eine punktet handlar om å kunne uttrykkje kjensler, behov, frykt og smerter gjennom kommunikasjon med andre (Mathisen, 2015, s.128).

5.2 Smertelindring

Ein kan ikkje fjerne alle smerter og ein må setje realistiske mål for kva ein vil oppnå. Dette gjeld også kreftpasientar (Kaasa, 2016, s.404). Nightingale la vekt på oppfølging av den medisinske behandlinga av sjukdommen, målretta tiltak og rettleiing om korleis pasientane kan bli friske frå sjukdommen, leve med den eller korleis ein kan gje ein verdig og fredfull død (Holter, 2015, s.110).

For å kunne gje ein verdig og fredfull død, er det viktig å førebyggje og lindre symptom. Virginia Henderson som sjukepleieteoretikar framheva at det å gje hjelp til ein fredfull død betyr å redusere smerte, ubehag og opplevinga av einsamheit for den døyande (Mathisen, 2015, s.133). Henderson sine tankar er enno relevante, sidan lindrande behandling den dag i dag er ei viktig sjukepleiaroppgåve. Lindrande behandling er framleis eit utfordrande område innanfor moderne helsevesen. I

forskningsartikkelen til Molnes (2014) kjem det fram at sjukepleiarane opplevde smertelindring til heimebuande kreftpasientar som krevjande. Det var både faglege, praktiske og etiske utfordringar som møtte sjukepleiarane i relasjon med pasienten, pårørande, kollegaer og andre profesjonar (Molnes, 2014). Sjølv om smertelindring er utfordrande, bør målet vere at pasienten skal ha lågast mogleg nivå av smerter og andre plagsame symptom (Kaasa, 2016, s.404). Som sjukepleiar har ein som oppgåve å kontinuerleg søke etter å hjelpe pasienten.

Både som pårørande og student i praksis, har eg opplevd og observert at det er komplisert å smertelindre kreftpasientar heime. God smertelindring er svært viktig for pasienten, men også for pårørande. Det å sjå sine næraste ha smerter kan vere belastande og vanskeleg. Difor har optimal symptomkontroll stor betydning. Det er mange pårørande som meiner at pasientane ikkje har fått tilfredsstillande smertelindring dei siste levedagane. Dette kan kome av reelt dårleg smertebehandling. Det kan også vere at pårørande ikkje har blitt informert om eventuelle symptom, som naturleg kan oppstå i den siste fasen av livet (Knudsen & Kaasa, 2016, s.400). Ei av dei viktigaste oppgåvene for heimesjukepleia ved palliativ behandling i heimen, er å gjere den siste tida til pasienten så bra som mogleg. For å kunne oppnå god smertelindring må ein setje i verk tiltak og nytte ulike medikament. Dette er sentralt for å kunne redusere og lindre symptom.

Sjukepleiarane i studien til Seyedfatemi (et al., 2014) meinte at opioidar kunne vere til stor fordel for pasientane. Ved sterke smerter gav sjukepleiarane opioidar og prøvde deretter å handtere biverknadane. Sjukepleiarane la stor vekt på å informere om moglege biverknadar ved bruk av opioidar (Seyedfatemi et al., 2014). Det er legen som ordinerer legemiddel, utarbeidar ein plan for smertelindringa og styrer doseaukinga. Ved rask doseauking kan biverknadar bli ein faktor som hindrar tilfredsstillande analgetisk effekt. Dette kan føre til kvalme, døsighet, redusert kognitiv funksjon og i nokre tilfelle respirasjonsproblem (Kaasa, 2016, s.404). Sjukepleiaren og legen må ha ein god kommunikasjon og samarbeide for å kunne smertelindre pasienten. Legemiddel som til dømes morfin, skal kontrollerast av to sjukepleiarar. Ein skal alltid dokumentere kva medikament ein har gjeve til pasienten. Ved bruk av sterke smertelindrande medikament, kan tidlegare død vere ein biverknad. Dette er ikkje ein intensjon for behandlinga, men blir sett på som etisk

akseptabelt. Til tross for biverknadane som kan førekome ved bruk av analgetika, vil dei aller fleste symptom hjå døyande la seg lindre ved hjelp av dei fire lindrande medikament (Brenne & Dalene, 2016, s.651).

Ein skal alltid vurdere andre tiltak for å lindre smerter, i tillegg til eller i staden for analgetika. I artikkelen til Seyedfatemi (et al., 2014) legg dei vekt på at behandlinga av fysiske smerter ikkje berre er å gje medisinar, men også gjennom handlingar som å kommunisere med pasientane og informere dei. Sjukepleiarane i studien meinte at det å kommunisere med pasientane førte til at dei uttrykte sine indre kjensler, som igjen var med på å lindre fysiske smerter. Ei viktig tilleggsdiagnose til fysisk smerter, er psykiske smerter. Ved langvarig smerter kan ein ofte kjenne seg nedstemt (Kaasa, 2016, s.404). Det å sjå sine næraste nedstemte er ofte svært vanskeleg og fortvilande for pårørande. Dersom pårørande skal vere ei støtte for pasienten, må dei kunne meistre sin eigen sorg. Som sjukepleiar må ein vise respekt og omtanke for pårørande. I praksis observerte eg at pårørande ofte trakk seg vekk, når heimesjukepleia var til stades. Dette var også noko vi som pårørande gjorde då farfar var sjuk. Ved at sjukepleiaren bevisst tar seg tid til pårørande, kan dei få moglegheit til å uttrykkje sine tankar, kjensler og bekymringar.

Psykologisk empowerment kan vere med på å støtte pasientane og minske redsel, som igjen kan redusere opplevinga av smerter (Seyedfatemi et al., 2014). Sjukepleiarane i artikkelen meinte at palliativ behandling for pasientar med kreftsmertor inkluderer både behandling av fysisk smerter, men òg tilrettelegging for psykologisk empowerment (Seyedfatemi et al., 2014). Sidan psykologiske faktorar er med på å auke eller minske pasienten sine symptominntrykk, er det viktig at ein som sjukepleiar identifiserer åtferdmessige og psykologiske forhold hjå den enkelte pasient (Finset, 2016, s.64). Pasientar i palliativ sjukdomsfase er sårbare menneske, difor bør ein vere merksame på kartlegging av psykologisk og åtferdmessige forhold. Dette er nyttig for å bidra til å redusere pasienten sine lidingsuttrykk, samt fremme meistring av sjukdom og livssituasjon i ein krevjande fase i livet (Finset, 2016, s.72).

I heimesjukepleiepraksis erfarte eg at gode rutinar var viktig både for pasient og pårørande. Dette kjem også fram i forskingsartikkelen til Datta (et al., 2017). Det viktigaste for å kunne gje effektiv smertelindring, var at sjukepleiaren kom i tide

(Datta et al., 2017). Pasienten i heimesjukepleiepraksis fekk dei fire lindrande medikament gjennom ei subkutan sprøyte. Smertepumpa skal skiftast ein gong i døgnet, difor var det viktig for pasienten og pårørande at heimesjukepleia var presise. Slik var det heime hjå farfar òg. For at han skulle ha det best mogleg, var det viktig at heimesjukepleia kom til faste og avtalte tidspunkt.

Både gjennom egne erfaringar som pårørande og i heimesjukepleiepraksis, har eg sett at smertepumpe er eit godt hjelpemiddel for å kunne gje god smertelindring. Pasientar i palliativ fase får ofte vanskar med å svelge tablettar og kan kjenne seg kvalme. Ulempene med smertepumpe er at ein må ha ei nål som ligg rett under huden, i tillegg til slangane og pumpa. Til tross for dette har eg observert at smertepumpe gjev ein jamn og kontinuerleg infusjon av smertestillande legemiddel.

I tillegg til smertelindrande medikament, er det også ein del ikkje-farmakologiske symptomlindrande tiltak ein bør setje i verk. I den siste fasen av livet er det naudsynt med god pleie. Det er viktig at pasienten har gode sitte – og liggestillingar. Stillingsendringar kan redusere, førebyggje og lindre trykksår, samt bidra til at det er lettare for pasienten å puste. Munnstell kan også ha ein smertelindrande effekt, ved at ein får auka velvere, reduserer tørstekjensle og gjer det betre for pasienten å kommunisere (Brenne & Dalene, 2016, s.642). Både medikamentell og ikkje-medikamentell smertelindring er naudsynt for å nå eit av hovudmåla innan palliasjon, nemleg å auke livskvaliteten til pasienten.

5.3 Kunnskap og kompetanse

Florence Nightingale meinte at dersom sjukepleiarane skal kunne hjelpe pasientane med meistring av sjukdom, må dei ha god kunnskap om kroppen sin fysiologi, patofysiologi og om sjukdom. Nightingale understrekte også at sjukepleiarane bør forstå pasientane ut i frå kvar enkelt sin reaksjon på sjukdommen. Med dette la ho grunnlaget for individualismen og menneske sin sjølvbestemming. Dette har fram til i dag vore ein av hjørnesteinane i det etiske og filosofiske kunnskapsgrunnlaget i sjukepleie, når det gjeld relasjon mellom sjukepleiar og pasient (Holter, 2015, s.110-111).

Henderson la vekt på at dersom pasienten sjølv manglar kunnskap, vilje og styrke til å dekkje daglege behov, er det sjukepleiaren sin oppgåve å hjelpe til med dette (Mathisen, 2015, s.133). I studien til Røgenes (et al., 2013) kjem det fram kor viktig det er med kunnskap og kompetanse. Sjukepleiarane samla sett stadfestar at samarbeid, organisering, informasjon og kommunikasjon er viktig i arbeidet med heimebuande pasientar i palliativ fase. Det kjem også fram at refleksjon, støtte, kunnskap og erfaring styrker sjukepleiarane sin faglege tryggleik (Røgenes et al., 2013).

Sjukepleiarane i artikkelen til Molnes (2014) var nøgde med jobben dei gjorde for heimebuande kreftpasientar, men meiner det er fleire områder som kan forbeistrast. Studien trekker fram utfordringane med å tilby kreftpasientar den beste smertelindringa (Molnes, 2014). Årsaka til at det kan vere utfordrande å gje smertelindring, kan vere dårleg kartlegging av smerter. I studien til Ihler & Sæteren (2019) kjem det tydeleg fram at ein av grunnane til at ESAS ikkje blir brukt kontinuerleg, kan vere mangel på kunnskap og kompetanse. Smertekartlegging, smertelindring, kunnskap og kompetanse påverkar kvarandre i stor grad.

I forhold til kunnskap og kompetanse er det også relevant å kjenne til lovverket, som gjeld både helsepersonell, pasient og pårørande. I helsepersonellova er det krav om at helsehjelp skal utøvast i samsvar med fagleg forsvarlegheit og omsorgsfull hjelp. Omgrepet forsvarlegheit inneberer fagleg, etisk og rettsleg norm for korleis den tilsette bør utøve arbeidet. I tillegg til forsvarlegheit, stiller det krav om omsorgsfull hjelp. Forsvarleg hjelp vil seie kvalitet og pasientsikkerheit. Kvalitet byggjer på samfunnet sine føringar, lovverket sine krav og kva som frå eit fagleg perspektiv, gjev best mogleg teneste til pasientane. Pasientsikkerheit har fokus på rutinar, haldningar og handlingar (Birkeland & Flovik, 2018, s.29-30). Ved livets slutt er det naudsynt med samhandling og samarbeid for å kunne gje optimal pleie, omsorg og behandling (Molnes, 2014).

Tverrfagleg samarbeid og heilskapleg tilnærming er svært sentralt når livet går mot slutten (Brenne & Estenstad, 2016, s.166). I artikkelen til Datta (et al., 2017) viste resultatet at pasientane hadde ein positiv oppleving av å ha eit palliativt team som ein del av det tverrfaglege samarbeidet. I tillegg til god smertelindring opplevde

pasienten høgare livskvalitet, som følgje av eit godt tverrfagleg team (Datta et al., 2017). I heimesjukepleiepraksis fekk eg vere med på eit tverrfagleg møte med heimesjukepleia og lege, saman med pårørande i heimen til pasienten. Sjølv om pasienten var svært dårleg på dette tidspunktet, var det ei oppleving som skapte tryggleik og ei god atmosfære i heimen.

God planlegging og informasjon er viktig for å sikre den naudsynte tryggleiken og føreseielegheita. For at heimesjukepleia til ei kvar tid har den naudsynte kompetansen som skal til for å følgje opp pasienten forsvarleg i heimen, er det viktig å få god opplæring og undervisning (Brenne & Estenstad, 2016, s.166-167). Å bruke Norpal til planlegging har eg god erfaring med frå heimesjukepleiepraksis. I denne planen stod ynskja til pasient og pårørande tydeleg, i tillegg til viktig informasjon. Sjølv opplevde eg at pårørande ofte har eit stort behov for informasjon og har ein del spørsmål. Sjukepleiaren bør difor vere tilgjengeleg for spørsmål og dekkje informasjonsbehovet til pårørande. I heimesjukepleiepraksis erfarte eg at pårørande var svært taknemlege for at heimesjukepleia var tilgjengelege heile døgnet. Dette skapte tillit, som gjorde det betre og tryggare for pårørande å ha pasienten heime.

Manglande informasjon, kompetanse og fagleg usikkerheit kan føre til at pasientar som ynskjer å vere heime, blir innlagt på sjukehus. For å auke kvaliteten, må ein utvikle både teoretisk og personleg kompetanse (Molnes, 2014). I forskingsartikkelen til Seyedfatemi (et al., 2014) uttalte eine sjukepleiaren at dersom ein ikkje klarer å støtte kreftpasientar som lid lenge og har sterke smerter, bør ein ikkje jobbe med slike pasientar eller vere sjukepleiar. Årsaka til denne påstanden er at støttande åtferd er ein så viktig del av palliativ behandling for kreftpasientar.

Henderson la også vekt på støttande åtferd og det å sjå pasientane som eit unikt individ. I tillegg meinte ho at ein som sjukepleiar bør ha kunnskap om sjukdomstilstandar og sjukepleiartiltak (Mathisen, 2015, s.130). Molnes (2014) skreiv i sin artikkel at sjukepleiaren bør ha eit større fokus på kompetanse i forhold til smertelindring, spesielt for heimebuande kreftpasientar. Artikkelen til Datta (et al., 2017) legg vekt på at sjukepleiarane held seg oppdatert ved å ta til seg kunnskap og kompetanse når det gjeld palliativ pleie og støttesystem. Lindring av symptom med

tilstrekkelege tiltak og forbetring av livskvalitet, bør vere målet for uhelbredeleg sjukdom i helsevesenet (Datta et al., 2017).

6 Konklusjon

Hensikta med denne litteraturstudien var å undersøke korleis ein som sjukepleiar kan gje best mogleg smertelindring til pasientar med kreft i palliativ fase. Funna i litteraturstudien presiserer og fremjar kor viktig det er å kartleggje smertene, informere, observere, smertelindre, samt halde seg fagleg oppdatert i forhold til kunnskap og kompetanse.

Kartleggingsverktøyet ESAS er eit godt hjelpemiddel når ein skal kartleggje smerter hjå pasientar med kreft. Ved å bruke slike verktøy dannar ein eit godt bilete av pasienten sine smerter, i tillegg til å observere smerteutviklinga over tid. Dette er ein føresetnad for å kunne utarbeide ein plan for pasienten som gjev optimal eller best mogleg smertebehandling. Likevel kjem det fram i fleire av forskingsartiklane at ein kan bli enno betre til å nytte slike verktøy for å kunne smertelindre pasientane.

Ein kan smertelindre ein pasient både medikamentelt og ikkje-medikamentelt, difor er det naudsynt at sjukepleiaren har eit klinisk blikk på kva tiltak ein bør setje i verk. I palliativ behandling må ein trygge pasienten og pårørande. Dette gjer ein ved å skape ein god kommunikasjon og relasjon. For å oppnå best mogleg livskvalitet må ein leggje til rette for praktiske forhold og tilby optimal symptomkontroll. I tillegg er det sentralt at sjukepleiarane i heimebasert omsorg har oppdatert kunnskap om smertelindring, og kjenner seg trygge på å ha palliative pasientar i heimen. For å oppnå tryggleik, er det naudsynt med eit tverrfagleg team, bruke pårørande som ein ressurs og ha ein god palliativ plan for pasienten.

Denne oppgåva har auka mi forståing av korleis ein skal gje best mogleg smertelindring til pasientar i palliativ fase. Målet med palliativ behandling i heimen må vere at pasienten skal få ein verdig og trygg avslutning på livet, samt lindre plagsame symptom som til dømes smerter. Pleie av døyande menneske vil alltid vere ei sjukepleiaroppgåve. Dersom vi som sjukepleiarar har eit auka fokus på å leggje til rette for heimedød, kan fleire kreftpasientar i palliativ fase få ta sitt siste andedrag heime. Dette i vande omgjevnadar med det som er kjent og kjær for pasienten.

Litteraturliste

- Birkeland, A. & Flovik, A. M. (2018). *Sykepleie i hjemmet*. (3.utg.). Cappelen Damm Akademisk.
- Brenne, A-T & Estenstad, B. (2016). Hjemmedød. I. S. Kaasa & J. H. Loge (Red.). *Palliasjon – Nordisk lærebok* (2.utg., s.161-170). Gyldendal Akademisk.
- Brenne, A-T & Dalene, R. (2016). Symptomlindring av den døende pasienten. I. S. Kaasa & J. H. Loge (Red.). *Palliasjon – Nordisk lærebok* (2.utg., s.628-651). Gyldendal Akademisk.
- Dalland, O. (2019). *Metode og oppgaveskriving*. Gyldendal Akademisk.
- Datta, Dhritiman., Majoumdar, Gautam., Debbarman, Shiromani., Janapati, Badan., & Datta, Amit Kumar. (2017). Analytical Study of short – and long-term. Results of home-based palliative care services to cancer patients. 23(3), 331-334. http://doi.org/10.4103/IJPC.IJPC_46_17
- Finset, A. (2016). Atferdsmessige og psykologiske forhold. Kaasa, S. & Loge, J. H. (Red.). *Palliasjon - Nordisk lærebok*. (2.utg., s.62-72). Gyldendal Akademisk.
- Folkehelseinstituttet. (2019, 24. januar). *De fleste dør på sykehjem, få dør hjemme*. <https://www.fhi.no/nyheter/2018/de-fleste-dor-pa-sykehjem/>
- Haraldsplass Diakonale Sykehus. (2020, 18. desember). *Medikamentskrin vaksne*. <https://helse-bergen.no/kompetansesenter-i-lindrande-behandling/palliasjon-verktoy-for-helsepersonell/medikamentskrin-vaksne>
- Holter, I. M. (2015) Sykepleierprofesjonens grunnleggende kjennetegn. Grov, E. K. & Holter, I. M. (Red.). *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie. Sykepleieboken 1*. (5.utg., s.107-117). Cappelen Damm Akademisk

- Ihler, E. M. & Sæteren B. (2019). *Sjkepleierens erfaring med å bruke ESAS til kartlegge symptomer hos kreftpasienter*.
<https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2019.79585>
- Knudsen, A. K. & Kaasa, S. (2016). Smertediagnostikk. I. S. Kaasa & J. H. Loge (Red.). *Palliasjon – Nordisk lærebok* (2.utg., s.387-400). Gyldendal Akademisk.
- Kaasa, S. & Loge, J. H. (2016). Palliativ medisin – en innledning. I. S. Kaasa & J. H. Loge (Red.). *Palliasjon – Nordisk lærebok* (2.utg., s.34-49). Gyldendal Akademisk.
- Kaasa, S. (2016). Smertebehandling – generelle prinsipper. I. S. Kaasa & J. H. Loge (Red.). *Palliasjon – Nordisk lærebok* (2.utg., s.402-409). Gyldendal Akademisk.
- Lorentsen, V. B. & Grov, E. K. (2013). Generell sykepleie ved kreftsykdommer. Almås, H., Stubberud, D-G. & Grønseth, R. (Red.). *Klinisk sykepleie 2*. (4.utg., s.401-431). Gyldendal Akademisk.
- Ludvigsen, J. (2019) *NORPAL – ein plan for palliasjon i Nordfjord*.
<https://slideplayer.no/slide/14052946/>
- Mathisen, J. (2015). Hva er sykepleie? I. E. K. Grov & I. M. Holter (Red.). *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie. Sykepleieboken 1*. (5.utg., s.119-141). Cappelen Damm Akademisk.
- Molnes, S. I. (2014). *Sykepleierens erfaringer med smertelindring til hjemmeboende kreftpasienter*. Nordisk sykepleieforskning, 4(2), 142-155.
https://www.idunn.no/nsf/2014/02/sykepleieres_erfaringer_medsmertelindring_til_hjemmeboende
- Nortvedt, P. & Nortvedt, N. (2018). Smerte som et moralsk problem. *Smerte – fenomen og etikk*. (1.utg., s.67-86). Gyldendal Akademisk.

- Røgenes, G. K., Moen, A., & Grov, E. M. (2013). *Heimesjukepleiarens perspektiv på forhold som fremjar palliasjon i heimen*. *Klinisk sygepleje*, 27(1), 64-76.
https://www.idunn.no/klinisk_sygepleje/2013/01/heimesjukepleiarens_perspektiv_paa_forhold_som_fremjar_palli
- Seyedfatemi, N., Borimnejad, L., Mardani Hamooleh, M., & Tahmasebi, M. (2014). *Iranian nurses' perceptions of palliative care for patients with cancer pain*. 20(2), 69-74. <https://www.doi.org/10.12968/ijpn.2014.20.2.69>
- Slettebø, Å. (2021). *Forskningsetikk*. Brinchmann, B. S. (Red.). *Etikk i sykepleie*. (5.utg., s.244-256). Gyldendal Akademisk.
- Thidemann, I.-J. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving* (2. utg.). Universitetsforlaget.
- Thoresen, L. & Dahl, M. (2015). *Sykepleie til den døende pasienten*. I. E. K. Grov & I. M. Holter (Red.) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*. *Sykepleieboken 1*. (5.utg., s.926-956). Cappelen Damm Akademisk.
- Tidsskriftet. (2012, 10. januar). *Symptomkartlegging i palliativ medisin*.
<http://tidsskriftet.no/2012/01/kommentar/symptomkartlegging-i-palliativ-medisin>
- Trier, E. L. (2013). *Lindrende sykepleie*. Knutstad, U. (Red.). *Utøvelse av klinisk sykepleie*. *Sykepleieboken 3*. (2.utg., s.892-944). Cappelen Damm Akademisk.
- Wist, E. (2018). *Historie og utvikling*. Schlicting, E. & Wist, E. (2018) *Kreftsykdommer – en basisbok for helsepersonell*. (5.utg., s.31-33). Gyldendal Akademisk.

Vedlegg 1: Søk i database

Søk	Database	Avgrensing	Søkeord	Treff	Artikkel
1	Academic Search Elite, saman med Cinahl og Medline	Frå 2011-2021. «Linked Full Text»	«Cancer patients», AND «pain management» AND «palliative care», AND «nurse»	37	Nr. 1 «Iranian nurses' perceptions of palliative care for patients with cancer pain»
2	Academic Search Elite, saman med Cinahl og Medline	Frå 2011-2021 «Linked Full Text»	«pain relief OR pain management», AND «patients with cancer», AND «home»	98	Nr.10 «Analytical Study of short – and long-term. Results of home-based palliative care services to cancer patients»
3	SveMed+	Frå 2011-2021	«cancer», AND «pain» og AND «nurse».	17	Nr.1 «Sjuepleierens erfaring med å bruke ESAS til kartlegge symptomer hos kreftpasienter»
4	SveMed+	Frå 2011-2021	«palliative care», AND «home care», AND «nurses».	137	Nr.58 «Sykepleierens erfaringer med smertelindring til hjemmeboende kreftpasienter»
5	SveMed+	Frå 2011-2021	«palliative care», AND «home care», AND «nurses».	137	Nr.71 «Heimesjuepleiarens perspektiv på forhold som fremjar palliasjon i heimen»

Vedlegg 2: ESAS

Edmonton Symptom Assessment System (revised version) (ESAS-r)

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

Ingen smerte	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Verst tenkelig smerte
--------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------------------

Ingen slapphet (Slapphet=mangel på krefter)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Verst tenkelig slapphet
--	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-------------------------

Ingen døsighet (Døsighet=å føle seg søvrig)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Verst tenkelig døsighet
--	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-------------------------

Ikke kvalme	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Verst tenkelig kvalme
-------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------------------

Ikke nedsatt matlyst	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Verst tenkelig nedsatt matlyst
----------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	--------------------------------

Ingen tung pust	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Verst tenkelig tung pust
-----------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	--------------------------

Ingen depresjon (Depresjon=å føle seg nedstemt)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Verst tenkelig depresjon
--	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	--------------------------

Ingen angst (Angst=å føle seg urolig)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Verst tenkelig angst
--	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----------------------

Best tenkelig velvære (velvære=hvordan du har det, alt tatt i betraktning)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Verst tenkelig velvære
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	------------------------

Ingen _____ Annet problem (f.eks. forstoppelse)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Verst tenkelig _____
--	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----------------------

Pasientens navn: _____

Dato: _____

Tidspunkt: _____

Fyll ut av (sett ett kryss):

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

8/12-2010

Vedlegg 3: Norpal (Nordfjord palliasjon)



Palliativ plan

Pasientinformasjon

Navn	
Fødselsnummer	
Adresse	
Kontaktinformasjon	Tlf: E-post:

Pårørende

Navn (Nærmaste pårørende)	Tilknytning	Kontaktinformasjon
		Tlf: E-post: Adresse: Tilgjengeleg:

Navn	Tilknytning	Kontaktinformasjon
		Tlf: E-post: Adresse:

Sjukdomshistorie

Diagnose:
Allmennfunksjon/ressursar:
Symptom og plager:
ESAS-r, dato:

Mine ynskje og mål

Dato	Ynskje/mål	Gjennomføring

Kontaktinformasjon

Lindrande koordinator	Tlf: E-post: Tilgjengeleg:
Fastlege	Tlf: E-post: Tilgjengeleg:
Heimeteneste/Avdeling og gruppeleiar	Vakttелефon: Tlf gruppeleiar:
Nordfjord Legevakt	Tlf: 116117
Ambulans	Tlf: 113
Palliativ team i Førde	Tlf: 41 53 05 80 (man-fred) kl.8-16
Kreftkoordinator Nordfjord	Tlf: 46 80 25 23
Fysioterapeut	Tlf: Tilgjengeleg:

Livshistorie

Opphav, yrke, interesser etc.:
Åndelege og eksistensielle behov:
Ønske om kontakt med prest, imam eller annalivssyns veileidar?

Symptomlindrande tiltak (Fastlege)

Dato	Tiltak og ansvarleg	Avslutta Dato

Pårørende sine behov og avtalte tiltak

Dato	Behov og avtalte tiltak	Ansvarleg	Avslutta Dato

Avklaringar og anna informasjon

Apen retur til sjukehus/åpen kontakt: Tlf:
Ynskjer brukaren/pasienten kontakt med palliativt team?
Er det ynskje om kontakt med ergoterapeut?(hjelpemidlar etc.) Tlf:
Ynskje om pårørandesamtale?
Informasjon om pleiepengar 60 dagar
Har brukaren/pasienten barn under 18år? Trenger barnet/ungdomen vidare oppfølging? Eks. lærar/førskulelærar, helseøster etc.

Iverksetting av palliativ plan

Dato for iverksetting (pasient og lindrande koordinator)	
Dato for første planlagdeheimebesøk (pasient, fastlege og lindrande koordinator)	
Dato for pårørandesamtale	
Dato for revurdering av palliativ plan	

Samtykkjeerklæring til utarbeidelse av palliativ plan

Palliativ plan er eit verktøy for samarbeid mellom deg og dei ulike delane av helse- og omsorgstenestene du har kontakt med.
Samtykkje gjelde f.o.m:
Eg samtykkjer i at plandokumentet kan distribuerast til dei personane som skal yte bidrag i følgje planen. Det skal gjevast samtykkje frå meg <u>hvis</u> andre personar enn dei som er involvert i tenestetilbodet har behov for plandokumentet.
Underskrift (evt. verges underskrift):

Vedlegg 4: Dei fire lindrande medikament

Indikasjon	Medikament	Dosering	Maksimal døgndose	Adm. måte
Smerte, Dyspné	Morfin eller Oksykodon (opioïdanalgetikum)	Smerte; 2,5-5 mg eller 1/6 av døgndosen (po:sc = 3:1) Dyspné: 1-2,5* mg Gjentas ved behov, inntil hvert 30. min	avhengig av effekten (sjelden > 400 mg)	Sc = subkutant
Angst, uro, panikk, Dyspné, muskelrykn., kramper, agitert delir	Midazolam (benzodiazepin, sedativum)	1 mg til gamle/skrøpelige, ellers start med 2-2,5 mg Gjentas ved behov, inntil hvert 30. min (titrering)	avhengig av effekten (sjelden > 20 mg)	sc
Kvalme uro, agitasjon, delir	Haloperidol (Haldol®), lavdoseneuroleptikum)	0,5-2 mg x 2 (mot kvalme) 2 mg x 3-5 (mot uro/agitasjon)	10 mg	sc
Surkling i øvre luftveier, ileus, kolikk	Glykopyrron, (Robinul®), antikolinergikum)	0,2 mg inntil 1x/t, maks x 6 / d	1,2 mg (sjelden naudsynt) ev. KSCI	sc

*Dersom pasienten brukar opioïdar mot smerter brukast same behovsdosering mot dyspné



Høgskulen på Vestlandet

Bacheloroppgave i sykepleie

SK152

Predefinert informasjon

Startdato:	10-06-2021 12:30	Termin:	2021 VÅR
Sluttdato:	14-06-2021 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Bacheloroppgave i sjukepleie		
Flowkode:	203 SK152 1 O 2021 VÅR		
Intern sensor:	Irene Aasen Andersen		

Deltaker

Kandidatnr.:	267
---------------------	-----

Informasjon fra deltaker

Antall ord *:	7940
----------------------	------

Egenerklæring *: Ja

Inneholder besvarelsen
konfidensielt
materiale? Nei

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

Jeg godkjenner autalen om publisering av bacheloroppgaven min *

Ja

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

Nei

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

Nei