



BACHELOROPPGAVE

Hvordan kan sykepleier lindre smerter hos kreftsyke i den palliative fasen?

- Med spesielt fokus på motstridende ønsker hos pasient og pårørende

av

Kandidatnummer: 60, Linn-Silje Konterud

Bachelor i sykepleie

SK 152

Mai 2015

Antall ord: 7000

**Avtale om elektronisk publisering i Høgskulen i Sogn og Fjordane
sitt institusjonelle arkiv (Brage)**

Jeg gir med dette Høgskulen i Sogn og Fjordane tillatelse til å publisere oppgaven "Hvordan kan sykepleier lindre smerter hos kreftsyke i den palliative fasen?" i Brage hvis karakteren A eller B er oppnådd.

Jeg garanterer at jeg er opphavsperson til oppgaven, sammen med eventuelle medforfattere. Opphavsrettslig beskyttet materiale er brukt med skriftlig tillatelse.

Jeg garanterer at oppgaven ikke inneholder materiale som kan stride mot gjeldende norsk rett.

Ved gruppeinnlevering må alle i gruppa samtykke i avtalen.

Fyll inn kandidatnummer og navn og sett kryss:

Kandidatnummer 60, Linn-Silje Konterud

JA NEI

Sammendrag

Tittel: Hvordan kan sykepleier lindre smerter hos kreftsyke i den palliative fasen?

Bakgrunn for valg av tema: Grunnen til at jeg har valgt palliasjon og smertelindring som tema i min oppgave, er fordi jeg har erfart gjennom praksis og jobb at det kan være vanskelig for både pasienten og pårørende, å akseptere at man ikke lenger kan behandle kreftsykdommen, og vite at det går mot livets slutt. Mange har store smerter den siste tiden, og jeg tror det kan være vanskelig for sykepleier å tilfredsstille både pasienten og pårørendes ønsker innenfor smertelindring. Noen pasienter kan ønske å være mer tilstede psykisk mot å ha litt smerter, mens dette kan være vanskelig for pårørende å akseptere.

Jeg har derfor havnet på problemstillingen *"Hvordan kan sykepleier lindre smerter hos kreftsyke i den palliative fasen? Med spesielt fokus på motstridende ønsker hos pasient og pårørende"*.

Fremgangsmåte: Jeg har gjennomført et litteraturstudie. Jeg har brukt bibliotekets database for å finne litteratur, og for å finne forskningsartikler har jeg brukt andre søkemotorer designet for å finne forskning. I tillegg til å bruke litteratur og forskning i oppgaven, kommer jeg også med egne erfaringer i drøftingen.

Oppsummering: Smerter pasienten opplever, må kartlegges for at man skal komme frem til rett behandling av smertene. I en situasjon der pasienten og pårørende har motstridende ønsker, må man først å fremst ta hensyn til lovverk, men også etiske retninger og prinsipper.

Innholdsliste

1 Innledning	1
1.1 Problemstilling med avgrensninger	2
1.2 Hvordan skal oppgaven løses?	2
2 Metode	3
2.1 Artikkel- og litteratursøk	3
2.2 Kildekritikk	4
2.3 Vurdering av metode	5
3 Teoridel	6
3.1 Smerter i palliativ fase	6
3.2 Familien	7
3.3 Relasjonen og informasjonens betydning	8
3.4 Etikk	9
3.5 Lovverk	10
4 Drøfting	12
4.1 Smertelindring hos palliative pasienter	12
4.2 Etisk refleksjon	14
4.3 Kommunikasjon og relasjon	16
5 Konklusjon	18
Litteraturliste	19

1 Innledning

I palliativ behandling er målet å lindre pasientens symptomer og ikke lenger kurere kreftsykdommen. Palliative pasienter har ofte mange plagsomme symptomer, som er relatert til kreftsykdommen de har (Strang, 2012). Jeg synes det er viktig at sykepleiere kan bidra med å lindre symptomer og plager, for at pasientens siste tid skal bli så fin som mulig, ut ifra omstendighetene. Det å jobbe med alvorlig syke og døende kan være tøft og trist, men når man kan være med å påvirke og gjøre denne siste tiden fin, kan det også være veldig givende. Smerter mener jeg er noe av det viktigste å lindre hos kreftsyke og palliative pasienter, fordi smerter kan påvirkes av flere faktorer og ved en optimal smerte-lindring kan dette igjen bidra til at pasienten føler økt velvære og livsglede.

I studien *“Burden to others’ as a public concern in advanced cancer: a comparative survey in seven European countries”*, er det foretatt en telefonundersøkelse med 9344 individer over 16 år i England, Flandern i Belgia, Tyskland, Italia, Nederland, Portugal og Spania. Der har deltakerne blitt bedt om å forestille seg at de var i en situasjon med langtkommen kreft og med mindre enn et år igjen å leve. I alle landene de hadde inkludert i studien, var smerte det deltakerne var mest redde for. Det kommer også frem i artikkelen at halvparten av de som deltok, hadde erfaringer med omsorg for et familiemedlem eller nær venn, og muligens hadde erfaringer relatert til smerter og palliasjon (Bausewein et al., 2013).

Grunnen til at jeg har valgt palliasjon som tema i oppgaven min er at jeg synes det er et veldig viktig og interessant område innenfor sykepleie og behandling av pasienter. Det at legene ikke lenger kan behandle kreftsykdommen til pasienten er trist i seg selv, og det kan påvirke pasienten like mye som dens pårørende å få en slik beskjed. Jeg vil tro at å få en *“dødsdom”* er noe av det vanskeligste man kan oppleve som menneske, og det å få vite at det ikke er noe mer man kan gjøre kan være vanskelig å akseptere både for pasienten selv og familien. Jeg har også erfaringer fra å jobbe med den palliative pasienten og å være pårørende i en slik situasjon, og vet derfor at en slik situasjon er vanskelig. Man vil hele tiden at pasienten blant annet skal være så godt smertelindret at han kan bevege seg og samtale med de rundt uten å ha vondt.

Dette med lindring av symptomene som palliative pasienter opplever er et viktig tema.

Helsedirektoratet har utarbeidet *“Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen”* (2015), som er faglige retningslinjer som skal hjelpe helsepersonell i det daglige arbeidet med palliative kreftpasienter. Retningslinjene omhandler blant annet hvordan man skal lindre symptomer (smerte, kvalme, obstipasjon, dyspné, delirium osv.) og hvordan man skal ivareta pasient og pårørende. Det

står også at det skal foregå et tverrfaglig samarbeid mellom helsepersonellet og at pasienten og pårørende også inngår som en del av dette teamet.

1.1 Problemstilling med avgrensninger

Hvordan kan sykepleier lindre smerter hos kreftsyke i den palliative fasen?

– Med spesielt fokus på motstridende ønsker hos pasient og pårørende.

Det er veldig varierende hvor lenge den palliative fasen varer, da noen kan leve godt under palliativ behandling i flere år, mens for andre kan den vare i bare noen dager. Jeg vil fokusere på pasienten som er innlagt i sykehus som mottar palliativ behandling. Jeg kommer ikke til å ta for meg noen spesielle faser av den palliative behandlingen, men jeg går ut ifra at pasienten fortsatt er autonom og samtykkekompetent. Når det gjelder de pårørende, har jeg valgt å avgrense til voksne pårørende, siden barn har andre behov, med tanke på blant annet informasjon og forståelse.

1.2 Hvordan skal oppgaven løses?

Først skal jeg presentere hvordan jeg har gått frem i metodedelen for å finne litteraturen og forskningen jeg har brukt. Jeg skal også se på styrker og svakheter samt kildekritikk ved litteraturen og forskningsartiklene, før jeg kort skal vurdere metoden jeg har valgt å bruke.

I oppgavens teoridel skal jeg presentere teori om smerter og smertelindring, familiens ståsted, hvilken betydning relasjoner og informasjon har i den palliative fasen, før jeg vil ta for meg etikk og lovverk som styrer utøvelsen av sykepleie. I Drøftingen skal jeg diskutere mesteparten av teorien jeg har presentert og svare på problemstillingen min, før jeg tilslutt vil presentere konklusjonen.

2 Metode

En metode sier noe om hvordan man skal gå frem for å skaffe eller etterprøve kunnskap (Dalland, 2013). Jeg har valgt å ta for meg et litteraturstudie, som går ut på at man samler data fra litteratur, på samme måte som man bruker intervju som datainnsamlings-verktøy (Olsson & Sørensen, 2013).

2.1 Artikkel- og litteratursøk

For å finne litteraturen min har jeg i hovedsak brukt Oria for å finne bøker, som er biblioteket til Høgskolen i Sogn og Fjordane sin søkemotor. Jeg har også snakket med bibliotekarene for å få tips til gode bøker som kunne være relevante for meg.

Da jeg skulle begynne å søke etter artikler gikk jeg inn i SweMed+ med søkeordene *palliativ* og *pårørende*, for å finne engelske søkeord jeg kunne bruke videre for å finne et bredere spekter av forskningsartikler. Søkeordene jeg fikk da var *terminal care*, *palliative care*, *end-of-life-care*, *family*, *support*, *communication*, *family* og *patients*. I tillegg har jeg også brukt ordene *pain relief*, *palliative pain management*, *nursing care*, *pain relief*, *hospital* og *Europe*. Disse har jeg brukt litt hver for seg og i kombinasjon med hverandre i databaser som Bibsys, Pubmed, Academic Search Premier og Google Scholar.

Da jeg søkte i PubMed med ordene *palliative care* og *family* fikk jeg 2488 treff fra 2010-2015. Jeg skimlet en del av overskriftene og leste abstraktene til de som så interessante ut. Jeg fant da artikkelen "*Patients', family caregivers', and professionals' perspectives on quality of palliative care: A qualitative study*".

To av forskningsartiklene mine fant jeg da jeg søkte i Academic Search Premier. Den første artikkelen fant jeg ved å bruke søkeordene *palliative pain management*, *nursing care* og *Europe*. Søket begrenset jeg fra å være mellom 2010 og 2015 og fikk da 8 treff. Jeg leste overskriftene på alle og valgte da å bruke "*Burden to others' as a public concern in advanced cancer: a comparative survey in seven European countries*" da den var mest relevant og interessant. Den andre artikkelen "*A pilot study investigating the effect of a patient-held pain assessment tool in palliative care outpatients attending a rural Kenyan hospital*" fant jeg ved å bruke søkeordene *palliative care*, *pain management* og *hospital*, og begrenset søket fra å gjelde mellom 2010 og 2015.

Den siste forskningsartikkelen "*Communication Between the Nurse and Family Caregiver in End-of-Life Care*" er en oversiktsartikkel, som jeg fant ved å søke etter tittelen på Google Scholar etter å ha

fått tips om at denne artikkelen var god og relevant innenfor kommunikasjon og relasjon mellom sykepleier, pasient og pårørende.

2.2 Kildekritikk

De forskningsartiklene jeg har funnet og brukt har jeg vurdert etter sjekklister for vurdering av forskningsartikler, som jeg har funnet på kunnskapssenteret sine hjemmesider. Sjekklister jeg har brukt er *"sjekklister for å vurdere kvalitativ forskning"*, *"sjekklister for vurdering av prevalensstudie"*, *"sjekklister for vurdering av en randomisert kontrollert studie"* og *"sjekklister for vurdering av en oversiktsartikkel"*. Ved å vurdere forskningen etter disse sjekklister finner man ut om resultatene er til å stole på, hva resultatene forteller oss og om resultatene kan være til hjelp i praksis (Kunnskapssenteret, 2015).

Det kan være vanskelig å skille god litteratur fra noe som ikke er fullt så relevant og bra, men jeg har gjort så godt jeg kan med å finne oppdatert forskning og litteratur på området, som skal hjelpe meg til å svare på problemstillingen. Noen av bøkene jeg har funnet er mellom fem og 12 år gamle. Selv om disse ikke er av nyere dato står det mye av det samme der som i nyere litteratur, så jeg har allikevel valgt å bruke de da jeg tenker at disse bøkene er like relevante. Jeg har også diskutert med bibliotekar, som også sier at de bøkene kan være nyttig for meg å bruke i oppgaven. Den ene forskningsartikkelen jeg har funnet, er et studie som er utført på et sykehus i Kenya. Det kan være negativt at denne er fra en annen verdensdel, men da denne omhandler smertevurderingsskjema tenker jeg at den kan overføres og brukes også her i Norge og Europa. Jeg har derfor valgt å bruke denne fordi den kommer med gode poeng. En annen ting jeg har vært klar over er at alle forskningsartiklene jeg har brukt er på engelsk, og siden det ikke er mitt morsmål kan det ha oppstått mistolkninger i oversettelsen.

Forskningsartiklene jeg har brukt består av både kvalitativ og kvantitativ forskning. Jeg tror det er en stor fordel at jeg har både kvalitativ og kvantitativ forskning, fordi man i kvantitativ forskning går mer i bredden for å få opplysninger om mange ting, og kvalitativ forskning går mer i dybden på færre opplysninger. Med kvalitativ forskning fanger man opp meninger og opplevelser som ikke er målbart, mens kvantitativ forskning gir data som er målbare og som gjør det mulig å finne for eksempel gjennomsnitt og prosentandeler av det som er blitt forsket på (Dalland, 2013).

I denne oppgaven har jeg også prøvd å ikke bruke så mange sekundærkilder, men heller funnet frem til primærkilden. Grunnen til at jeg har valgt å begrense bruken av sekundærkilder er fordi jeg mener at det er en større fare for at det som står der kan feiltolkes.

2.3 Vurdering av metode

Som tidligere nevnt har jeg tatt for meg et litteraturstudie, som jeg tenker at er den beste måten for å kunne svare på min problemstilling. Grunnen til dette er at oppgaven min blir basert på allerede eksisterende forskning og litteratur. Om jeg skulle valgt en annen metode tror jeg det kunne blitt vanskelig å svare på problemstillingen, fordi å intervju pasienter og pårørende i den palliative fasen kan være en stor påkjenning når de allerede står i en vanskelig situasjon. Derfor har jeg bestemt meg for at det er bedre å bruke andres forskning og litteratur innenfor emnet. Med et litteraturstudie er det også en stor jobb med å sette seg inn i litteratur på området, og si ut det man mener er mest relevant for å svare på problemstillingen, siden vi har et begrenset antall ord i denne oppgaven er det også begrenset hvor mye av teorien jeg kan ta for meg.

3 Teoridel

I en palliativ fase får ikke pasienten lenger kurativ behandling, som har som mål å kurere sykdommen, men man har gått over på lindrende behandling, som har som mål å lindre blant annet fysiske plager. Palliativ behandling omfatter behandling, pleie og omsorg av pasienten, der hovedfokuset er å bedre eller opprettholde en god livskvalitet for både pasienten og deres pårørende (Kaasa, 2007).

3.1 Smerter i palliativ fase

Vi opplever alle smerter fra tid til annen. Smerter er sammensatt og den fysiske smerten blir påvirket og/eller forsterket av psykiske, sosiale og åndelige faktorer. Hvordan smerter oppleves er også subjektivt og påvirkes av blant annet gener og personlighet (Kaasa & Borchgrevink, 2007).

Smerter er en vond opplevelse som tolkes av sensoriske signaler som går fra kroppen og opp til hjernen. Selve smerteopplevelsen oppleves som et sluttresultat av flere prosesser, der blant annet psykologiske faktorer gir en innvirkning på den fysiske smerten. Angst kan være med på å forverre smertene, mens trygghet kan redusere smerteopplevelsen. Både erfaringer, situasjonen man befinner seg i og personligheten vil påvirke opplevelsen av smerte. Ved at sykepleier og annet helsepersonell gir pasienten god informasjon om hva smertene kommer av og behandling, kan det ha en beroligende effekt for pasienten (Rosén & Stiles, 2007).

Det kan være flere ulike typer smerter man opplever i forbindelse med kreft. I utgangspunktet kommer smertene av at det er eller har vært en vevstraume på grunn av kreftsvulsten. I hud, muskler, skjelett og ledd er det mange smertereseptorer som gir en intens og lokalisert smerte, når kreftsvulsten befinner seg på noen av disse stedene. Om kreftsvulsten vokser seg inn i de indre organene gir dette en annen smerteopplevelse og refereres ofte til et annet sted på kroppen (Rosland & Tjølsen, 2007).

Man klassifiserer smerte ut fra blant annet varigheten, om smerten er akutt eller kronisk og om den er kreftrelatert eller ikke. Pasienter med kreft kan oppleve både akutt og kronisk smerte på samme tid, og i en palliativ fase er det vanlig at pasienten har kroniske smerter med akutte episoder. Akutt smerte er forbigående og kommer ofte i forbindelse med blant annet bevegelse, blæretømming og matinntak. Den kroniske, fysiske smerten i palliativ fase skyldes som regel en progresjon av kreftsykdommen. Kroniske smerter kan som regel lindres godt med medikamenter, men innimellom er det umulig å oppnå en fullstendig smertelindring. Det er viktig at smerten kartlegges og klassifiseres før man setter i gang med behandlingen av smertene (Kaasa & Borchgrevink, 2007).

50% av kreftpasienter generelt og 70% av kreftpasienter med langtkommen sykdom opplever smerte (Helsedirektoratet, 2015). Mange kreftpasienter får ikke optimal smertebehandling, og årsaker til dette er blant annet at pasientene ikke blir godt nok fulgt opp når smertebehandlingen er satt i gang. Ved å bruke smertekarleggingsverktøy får man et mest mulig komplett bilde av smerten til pasienten, da spesielt om man får pasienten til å gi en selvrappotering i tillegg til å bruke skjemaet. Sykepleier skal ha kunnskap om smertebehandling og behandling av andre symptomer, samt kunne kartlegge pasientens symptomer (Helsedirektoratet, 2015).

Ved symptomlindring i palliativ fase er smerter et veldig vanlig problem, og i de aller fleste tilfellene kan smertene behandles med smertestillende medikamenter. Om pasienten har langvarige og kraftige smerter eller andre plager, orker han ikke å tenke på noe annet. Å lindre pasientens symptomer er viktig for fysisk komfort, autonomi og reduksjon av dødsangst (Strang, 2012). For å lindre smerter kan det også hjelpe med massasje, varme eller kulde, istedenfor eller i tillegg til smertestillende medikamenter (Berntzen, Danielsen, & Almås, 2011).

En som vet at han må leve med smerter resten av livet reagerer som regel annerledes enn en som vet at smertene vil gå over etter en stund. Det å ha smerter kan ha ettervirkninger når selve smerten har blitt lindret, og kan vare lenge. Tretthet, utmattelse og angst er vanlige ettervirkninger og pasienten kan da bruke tid på å komme seg igjen (Travelbee, 1999).

I forskningsartikkelen til Vedel et al. (2014) ser de på hvordan pasienter, pårørende og helsepersonell oppfatter den palliative pleien på ulike områder. Når det kommer til smerter har helsepersonell, pasient og pårørende ulike meninger om hvor godt smertelindret pasienten bør være. Pasienten selv ville ikke alltid ta så mye smertestillende fordi han ble trøtt og sovnet av for mye, og verdsatte at sykepleierne respekterte det og at han selv gav beskjed om han trengte mer smertestillende. Familiene derimot var konstant bekymret for om pasienten fikk nok smertestillende og om han hadde vondt (Vedel et al., 2014).

3.2 Familien

Ved alvorlig sykdom i familien må man forholde seg til at familiemedlemmet blir sykere og svakere, og kanskje nærmer seg døden. At en i familien blir alvorlig syk, kan skape en dramatisk forandring i en familie og by på både usikkerhet og hjelpeløshet blant familiemedlemmene (Schjødt, Faksvåg Haugen, Straume, & Værholm, 2007). For pårørende kan også være vanskelig å se at den som står

deg nærmest har plagsomme symptomer, og det kan gjøre at du føler deg utilstrekkelig og maktesløs (Strang, 2012).

I møtet med familien til pasienten kan man møte på utfordringer, som blant annet å få til et godt samarbeid og samhandling. Når man møter familien er det først viktig å skape en god relasjon og kontakt med alle. Det er også viktig å bekrefte familiens påkjennelser og hjelpe familien til å finne en måte de kan mestre utfordringene på (Schjødt et al., 2007).

3.3 Relasjonen og kommunikasjonens betydning

Susan E. Lowey er en doktorgradsstudent ved University of Rochester School of Nursing i New York, og har gjort en oversiktsstudie om kommunikasjon mellom sykepleier, pasient og pårørende i den palliative fasen. Hun har totalt identifisert 30 studier mellom 1995 og 2006, og har funnet ut at relasjonen mellom sykepleier, pasient og pårørende var essensielt. Tillit, kontinuitet og forståelse var de viktigste komponentene for en god kommunikasjon og fundamentet i det som utgjør et godt forhold mellom sykepleier og pasient. Hun har også funnet ut at de grunnleggende holdningene, verdiene og erfaringene til sykepleier var viktigere i kommunikasjonen med pasient og pårørende enn de lærte ferdighetene (Lowey, 2008).

En relasjon er resultatet av samhandling mellom sykepleier og pasient. Den gode relasjonen kommer gjennom en samhandlingsprosess som skaper trygghet, tillit, opplevelse av troverdighet og tilknytning. Måten sykepleier kommuniserer på kan ha en stor betydning for om hun eller han gjør arbeidet sitt på en god og tilfredsstillende måte, og det er viktig å legge til rette for å skape en god hjelperelasjon mellom sykepleier og pasient (Røkenes & Hanssen, 2012).

Kommunikasjon betyr "Å gjøre felles". Gjennom kommunikasjonen så skapes, utveksles og avdekkes mening, altså at vi med-deler oss med andre. Hvordan vi kommuniserer med andre preges av hvem vi er som person og av den yrkesrollen vi har (Røkenes & Hanssen, 2012). Hjelpende kommunikasjon gjelder kommunikasjonen som skjer i helseprofesjonene, med mål om at kommunikasjonen skal være til hjelp for pasienten og de pårørende. Den hjelpende kommunikasjonen er anerkjennende, skaper trygghet og tillit, samt formidler informasjon på måter som kan være med å bidra til å løse problemer og stimulere pasienten og pårørende til å mestre situasjonen så godt det er mulig (Eide & Eide, 2011).

Som sykepleier skal man ivareta og støtte pasient og pårørende i forhold til livskvalitet, mestring og bearbeiding av sorg og kriser, samt kunne kommunisere med alvorlig syke og deres pårørende. Å ha

gode ferdigheter i kommunikasjon med pasienten er veldig viktig i møte med pasienten i palliativ fase, spesielt fordi man skal sørge for en best mulig livskvalitet for pasienten. Siden livskvalitet er subjektivt kan dette bare kartlegges gjennom kommunikasjon mellom sykepleier og pasienten. I moderne tid har man også blitt bedre på å vektlegge ivaretagelsen av de pårørende, og inkludere disse i samtaler. Men det er viktig at helsepersonell overholder lovverkets bestemmelser om informasjon om pasientens helsetilstand til andre, når man skal ha samtaler med de pårørende (Helsedirektoratet, 2015).

3.4 Etikk

Det finnes flere ulike retninger innenfor etikk, men jeg har valgt å fokusere på konsekvensetikk, plikтетikk, sinnelagsetikk, formålsetikk og fire etiske prinsipper, som blir sett på som de viktigste innenfor sykepleien. Disse etiske prinsippene er velgjørenhet, ikke skade, respekt for autonomi og rettferdighet (Nortvedt, 2012).

Konsekvensetikk er den etiske retningen som er mest utbredt i vår tid, og sier at handlingen er rett dersom det fører til gode resultater eller har gode følger for flest mulig av de berørte partene. Tiltakene skal helst ha en bakgrunn i dine tidligere erfaringer, fordi man skal kunne forutse og planlegge effekten av tiltakene (Lingås, 2011). Det å etterleve konsekvensetikken kan være svært krevende, fordi den legger veldig store føringer på hva vi bør gjøre i livet – både privat og i yrkeslivet for å skape mest mulig goder for flest mulig av de berørte (Nortvedt, 2012).

Pliktetikken sier at vi føler oss forpliktet til å gjøre noe eller at vi er imot noe, og kan være basert på enten prinsipper vi har lært oss eller som er gitt til oss av andre (Lingås, 2011). Innenfor plikтетikken er det normer som bestemmer om handlingen er rett eller gal (Nortvedt, 2012). Sinnelagsetikken er veldig lik plikтетikk, bortsett fra at sinnelagsetikken er mer orientert mot motivene som handler, enn selve handlingens karakter. Innenfor sinnelagsetikken er det slik at handlingene våre gjøres ut fra den omtanken man har ovenfor andre. Den siste etiske retningen jeg har valgt å ta for meg er formålsetikk. Formålsetikken er en retning som ofte kan bli sett på som negativ, fordi man innenfor formålsetikken mener at man av og til må ta ubehagelige avgjørelser og beslutninger for å oppnå målet (Lingås, 2011).

De fire etiske prinsippene blir sett på som viktigst innenfor sykepleien. Det første er velgjørenhetsprinsippet, som innebærer tanken på å ville og gjøre det beste for pasienten etter beste evne, altså at man handler i pasientens beste interesse. Prinsippet innebærer ikke bare at vi bestemmer handlingene ovenfor enkeltpersoner, men også som et prinsipp der målet er å skape best

mulig helsegoder og velferd til en gruppe mennesker ut fra små ressurser. Ikke skade-prinsippet innebærer at man skal minimere smerter og ubehag hos pasienten. I situasjoner der man noen ganger må utføre prosedyrer som kan skape smerte eller ubehag hos pasienter, skal det gjøres så skånsomt og varsomt som mulig (Nordtvedt, 2012).

Autonomiprinsippet sier at pasienten selv skal ta egne valg, bestemme over behandling og pleie eller nekte denne hjelpen så lenge han/hun er samtykkekompetent. Dette prinsippet er ikke bare viktig innenfor sykepleie, men også i livet generelt. Det siste er rettferdighetsprinsippet, som sier at alle pasienter har lik rett til omsorg avhengig av deres medisinske- og pleiebehov og uavhengig av sosial status, kjønn, rase og nettverk. Rettferdighetsprinsippet sier også at sykepleiere arbeider for at ressursfordelingen innen helsetjenesten skal være rettferdig (Nordtvedt, 2012).

3.5 Lovverk

Yrkesutøvelsen som sykepleier samt pasienten og pårørendes rettigheter innenfor helsevesenet styres av lovverk. Jeg har valgt å ta for meg noen paragrafer i Lov om pasient- og brukerrettigheter og lov om helsepersonell. Jeg har ikke funnet noe lovverk om palliativ eller lindrende behandling, etter å ha søkt på Lovdata etter lover og forskrifter. Men jeg har funnet "*Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen*" som jeg skrev litt om i oppgavens innledning, og som går ut på at pårørende er en viktig ressurs for døende pasienter, og at man må huske å ta vare på de pårørende i en slik fase. Det står også at det skal foregå et tverrfaglig samarbeid som inkluderer pasienten og dens pårørende (Helsedirektoratet, 2015).

Lov om pasient- og brukerrettigheter

I §3-1 Pasientens og brukerens rett til medvirkning, står det at pasient og bruker har rett til å medvirke ved gjennomføringen av helse- og omsorgstjenester og medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige undersøkelses- og behandlingsmetoder. Medvirkningens for skal tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon (Pasient- og brukerrettighetsloven [pasrl], 1999).

I §3-2 Pasientens og brukerens rett til informasjon, står det blant annet at pasienten skal ha den informasjonen som er nødvendig for å få innsikt i helsetilstanden sin og innholdet i helsehjelpen han mottar, samt at pasienten skal informeres om mulige risikoer og bivirkninger (pasrl, 1999).

§3-3 Informasjon til pasientens nærmeste pårørende, sier at pasientens nærmeste pårørende skal ha informasjon om helsetilstanden til pasienten og den helsehjelpen han mottar, dersom pasienten samtykker til det eller forholdene tilsier det (pasrl, 1999).

Lov om helsepersonell

I §4 Forsvarlighet, står det at helsepersonell skal utføre arbeidet sitt i samsvar med de kravene til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp, som kan forventes ut fra kvalifikasjonene til helsepersonell, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig (Helsepersonelloven [hlspl], 1999).

4 Drøfting

Hvordan kan sykepleier lindre smerter hos kreftsyke i den palliative fasen?

- Med spesielt fokus på motstridende ønsker hos pasient og pårørende.

Det at pasienten har gått over fra kurativ til palliativ behandling betyr at fokuset er endret fra å ta sikte på å kurere sykdommen til å lindre plager og symptomer som kreftsykdommen medfører. Vi ser i forskningsartikkelen til Bausewein et al. (2013) at det var smerter som ble mest fryktet i en palliativ fase.

4.1 Smertelindring hos palliative pasienter

Det er ikke alltid godt nok at pasienten selv skal beskrive smertene han opplever, men det gir en idé om hva slags smerter det er snakk om. Ved å kartlegge smertene med vurderingsskjemaer kan pasientene gi en mer pålitelig vurdering av smerten. Det at man kan sammenligne skjemaene mellom hver gang, gjør det også lettere å måle effekten av smertebehandlingen (Berntzen et al., 2011).

For at man som sykepleier skal kunne lindre pasientens smerteplager, må man først og fremst kartlegge smertene. Da kan det være lurt å snakke med pasienten for å få hans opplevelser av smertene, og eventuelt hva som forsterker eller minsker disse. Non-verbale tegn er det også lurt å se på, som for eksempel mimikk i ansiktet som viser misnøye, eller at han svetter. Man kan også måle vitale tegn for å finne ut om pasienten er smertepåvirket. Blodtrykket vil stige og pulsen øke om pasienten er smertepåvirket (Johansen, 2012).

I min praksis på kreftavdelingen var sykepleierne veldig flinke til å bruke kartleggingsskjemaer for vurdering av smerter hos pasientene. Det finnes flere ulike vurderingsskjemaer for smerter man kan bruke, både for å markere hvor smerten befinner seg og for hvor vondt man har. Smerter og uttrykk er subjektivt (Kaasa & Borchgrevink, 2007). For eksempel er uttrykket "litt vondt" veldig vanskelig å tolke for sykepleieren. Bruker man derimot en skala, hvor man forklarer at 10 er verst tenkelige smerte og 0 er ingen smerte, er det også lettere for pasienten å uttrykke mer presist hvor sterk smerten er. Samtidig så kan det være en utfordring for pasienten å vurdere smerten de opplever. Å ha en smertegrad på "5" hos to pasienter betyr ikke nødvendigvis like sterk smerte. Jeg har møtt pasienter som har uttrykt gjennom smerteskalaen at han hadde smertegrad 6, men likevel ikke ønsket smertestillende og sovnet etterpå, mens andre igjen kanskje er tydelig smertepåvirket med "4" på smerteskalaen. Derfor kan det heller ikke lages noen regel i forhold til hvilket tall på skalaen som kan regnes som en akseptabel smerte (Berntzen et al., 2011). Forskningen til Besley, Kariuki & Fallon (2014) sier at pasienter som brukte smerteskala som et verktøy regelmessig var mer fornøyd

med smertelindringen de fikk, enn de som ikke brukte et kartleggingsverktøy. Med de resultatene ser det ut til at bruk av ulike kartleggingsverktøy for å måle pasientens smerte, kan ha en bedre effekt hos pasientene. Samtidig blir det lettere for sykepleiere å evaluere om smertelindringen han får er optimal, eller om man må snakke med legen for å prøve andre smertestillende medikamenter.

Siden kreftpasienter kan oppleve flere typer smerter, både akutt og kronisk, er det viktig at sykepleier vet hva de ulike smertene skyldes. De akutte smertene pasienten opplever fra tid til annen kan komme av at pasienten er i bevegelse, tømmer blæra eller spiser mat. Sykepleier må komme med tiltak ut i fra hva som trigger disse akutte smertene (Kaasa & Borchgrevink, 2007). Om pasienten har smerter når han spiser, kan det hjelpe at sykepleier gir pasienten most mat eller supper og annet flytende med næringstilskudd. Derimot om pasienten har smerter ved bevegelse, mener jeg det er viktig at sykepleier snakker med lege for at pasienten kanskje kan få noe ekstra smertestillende, når han skal stille seg og være i bevegelse, for at pasienten ikke skal kvie seg og la være å gjøre dette.

Det er også andre ting enn fysiske påvirkninger som kan forverre smertene pasienten opplever. I følge Kaasa og Borchgrevink (2007) blir smerteimpulsen som tar utgangspunktet i sensoriske nervefibre (det fysiske), sendt til hjernen der smerten oppleves. Disse impulsene kan bli "forstyrret" på veien til hjernen, og forsterke eller redusere opplevelsen av smertene. Jeg har også erfart at en pasient kan oppleve sterkere smerter hvis han går med bekymrede tanker og/eller har problemer i familien, i forhold til om pasienten føler seg godt i varetatt og har gode venner som stiller opp for han. Derfor mener jeg det er viktig at sykepleier ikke bare fokuserer på smerte som er et problem alene, men ser hele mennesket som en helhet. Jeg mener det er viktig at man tar seg tid til å sette seg ned å snakke med og lytte til pasienten om hva som plager han, slik at bekymringene kanskje slipper litt taket. Det vil kanskje bidra til at smertene ikke er like intense som med de psykiske bekymringene.

Smertestillende medikamenter er vanlig å bruke for smertelindring (Strang, 2012). Det finnes mange ulike smertestillende medikamenter pasienten kan få for smerter, som legen ordinerer og sykepleieren administrerer. Det finnes også andre ting som kan lindre smerter hos pasienten, som massasje, vibrasjon, varme og kulde (Berntzen et al., 2011). Ved å massere en øm rygg, eller ved å legge en kald klut på pannen når han har hodepine, kan det gi pasienten en opplevelse av smertelindring. Jeg mener det kan være lurt å unngå smertestillende medikamenter, i de tilfellene det kan fungere med ikke-medikamentell behandling, for å minske graden av ettervirkningene man kan kjenne av smertestillende medikamenter. Noen av metodene for ikke-medikamentell behandling

av smerter har dokumentert effekt, og andre kommer av erfaringer vi gjør oss gjennom livet , både privat og på jobb (Berntzen et al., 2011).

Det at pasienten får god informasjon av både lege og sykepleier om smertene han opplever, hva som forårsaker disse og hvordan man lindrer de, kan ha en beroligende effekt hos pasienten (Rosén & Stiles, 2007). Jeg mener at det kan berolige pasienten, med informasjon og forklaring på hvorfor smertene er slik, og at det finnes en løsning. Samtidig som det kan være betryggende fordi smertene kanskje ikke er like "farlige" som pasienten først trodde. Å gi pasienten informasjon trenger nødvendigvis ikke bare å være positivt. Hvis han får for mye informasjon kan det oppstå forvirring og pasienten får kanskje ikke med seg alt som blir sagt. Det er viktig at man som sykepleier tilpasser informasjonen til pasienten (Nortvedt, 2012). Informasjonen kan tilpasses ved at man tar hensyn til pasientens kognitive evne, og velge ord som er forståelige, og tilpasser mengden informasjon ut i fra dagsformen til pasienten.

Når smertene er lindret kan man få ettervirkninger som tretthet, utmattelse og angst. Tretthet og utmattelse kan komme som en ettervirkning av medikamenter eller fordi man endelig slapper av fordi smertene har sluppet taket. Pasienten kan oppleve angst etter at smertene har blitt lindret i påvente av et nytt smerteanfall (Travelbee, 1999). Kanskje kan støtte og omsorgsfull tilstedeværelse fra sykepleier hjelpe pasienten gjennom disse opplevelsene. Det at pasienten blir optimalt smertelindret kan gjøre det lettere for sykepleieren å hjelpe pasienten med andre fysiske og psykiske ting. Om smertene ikke er optimalt lindret kan det være vanskelig for pasienten å blant annet få stelt seg om morgenen, spise mat og snakke med personer rundt. Uten optimal smertelindring blir det også vanskelig for sykepleier eller annet helsepersonell å ha en lenger samtale med pasienten (Strang, 2012).

4.2 Etisk refleksjon

Etiske problemer er noe man som sykepleier møter på hver dag, og hvordan skal du som sykepleier forholde deg når pasient og pårørende har motstridende ønsker når det gjelder smertelindring?

I noen tilfeller har jeg opplevd at pasienten ikke ønsker så mye smertestillende fordi han eller hun kan bli sløv og trøtt av disse. Det er ikke veldig ideelt at pasienten skal gå rundt å ha vondt, men jeg har forståelse for at pasienten kan tåle å ha litt smerter til fordel for litt tilstedeværelse på dagtid og spesielt under besøk. Selv om pasienten kan tåle litt smerter på dagtid synes jeg det er viktig at han får nok smertestillende til kvelden, slik at ikke nattesøvnen blir ødelagt. En god natts søvn er avgjørende for velvære og for å føle seg opplagt dagen etterpå (Halvorsen Bastøe & Frantsen, 2012).

Det at en i familien er alvorlig syk kan være både trist og tøft for de som står nærmest. Jeg har selv vært der, og i en slik situasjon vil man gjøre alt man kan for at den syke og døende. Selv om man kanskje prøver å gjøre så godt som man kan, er det ikke sikkert at pårørende har nok kunnskaper om hva som foregår og hva som egentlig er det beste for pasienten. Det kan være at det de pårørende mener er viktig for den syke ikke er veldig optimalt hvis man skal se det fra et sykepleiefaglig perspektiv. Jeg tror at noe av det viktigste fra pårørendes side er at pasienten får i seg mat og ikke har smerter. Som sykepleier er det viktig at man gir familien den støtten de trenger, og lytter til det de har å si. Ved at sykepleierne viser at de har oversikt og kontroll over situasjonen, kan det hjelpe familien til å finne en slags struktur og orden i den situasjonen som de nå befinner seg i (Schjødt et al., 2007).

Når en pasient er i den palliative fasen er det ikke uvanlig at han har mye besøk av familien, og de har ofte spørsmål og meninger om hva slags behandling pasienten får. Et eksempel som er nevnt tidligere er at pasienten selv mener at han ikke trenger så mye smertelindring, men heller vil ha litt smerter for å kunne være våken og opplagt når familien er tilstede. Vi ser også i forskningen til Vedel et al. (2014) at pasientene selv satte pris på å kunne gi beskjed til sykepleier når en trengte smertestillende, og hadde muligheten til å velge selv mellom graden av smertelindring og graden av bevissthet. I motsetning til pasientene var de pårørende konstant bekymret for om pasienten var godt nok smertelindret, da det var uutholdelig å se noen av deres kjære lide. Hvis man skal se på dette fra et sykepleieperspektiv mener jeg at smertelindring er viktig for å yte god sykepleie, og når pasienten bestemmer seg for å ikke ta smertestillende kan dette være litt vanskelig å akseptere i noen tilfeller.

Hva man skal gjøre i en slik situasjon ut i fra etiske perspektiver, er vanskelig å si da det er mange ulike retninger. Hvis man skal handle ut i fra et pliktetisk syn hadde det riktige vært å respektere pasientens selvbestemmelse og autonomi, og la han selv bestemme når han vil ha smertestillende. Denne retningen er basert på normer og verdier, slik jeg skrev om under etikk, og det som bestemmer om handlingen du gjør er rett eller gal, er om den samsvarer med hva normene sier (Nortvedt, 2012). Hvis man derimot skal se på den konsekvensetiske retningen, der man skal gjøre det som gir mest mulig velferd for de involverte partene, hadde det rette vært å gi pasienten smertestillende mot hans ønsker, fordi det hadde gjort familien fornøyd. Innenfor konsekvensetikken er det også slik at man ikke skiller mellom mennesker, men ser at man potensielt kan gjøre noe for alle mennesker (Lingås, 2011).

De fire etiske prinsippene man ser på som de viktigste innenfor sykepleien er velgjørenhet, ikke skade, autonomi og rettferdighet. Ut i fra både velgjørenhetsprinsippet, autonomiprinsippet og rettferdighetsprinsippet hadde det riktige i denne situasjonen vært, etter min mening å ikke lytte til pårørende med å gi pasienten mer smertestillende. Autonomiprinsippet sier at pasienten skal ta egne valg og bestemme så lenge han er samtykkekompetent (Nortvedt, 2012), og jeg mener han selv må kunne klare å kjenne etter når han har behov for smertestillende, samtidig må man informere pasienten om smertelindring, slik at han har de kunnskapene som trengs for å kunne ta dette valget.

Ut i fra velgjørenhet er det slik at man skal handle ut i fra pasientens beste interesser (Nortvedt, 2012), og jeg mener det er å ikke overkjøre pasienten. Samtidig som det beste for pasienten er at han er godt smertelindret og har en god livskvalitet. Hvis vi ser på rettferdighetsprinsippet, som innebærer lik rett til omsorg og god ressursfordeling innenfor helsevesenet (Nortvedt, 2012), tenker jeg at en god omsorg ikke nødvendigvis bare er å passe på at den andre har det bra fysisk til enhver tid, men også kunne ta hensyn til valg og ønsker.

I denne situasjonen er det viktig å følge lovverket, og ikke bare se på hva som er etisk korrekt å gjøre. I Lov om pasient- og brukerrettigheter (1999) står det blant annet at pasienten har rett til å medvirke i undersøkelse- og behandlingsmetoder, og at pasienten har rett på den informasjonen som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand (pasrl, 1999). Sånn som jeg tolker lovverket bør sykepleier gi pasienten god informasjon om smerter og smertelindring, for at pasienten skal ha bedre forutsetninger for å ta et godt og gjennomtenkt valg. Jeg mener også at pasienten har det siste ordet angående smertelindring ifølge lovverket, så lenge han er autonom.

Helsepersonell er også pliktet til å utføre arbeidet i samsvar med krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp, slik det står i Lov om helsepersonell (1999).

4.3 Kommunikasjon og relasjon

I studien til Lowey (2008) har hun kommet frem til at holdninger, verdier og erfaringer man sitter med som sykepleier er viktigere i kommunikasjonen, enn hva de lærte ferdighetene var. Samtidig tenker jeg at kunnskap om kommunikasjon i sykepleierutdanningen er veldig viktig for at vi skal lære oss ulike måter å kommunisere på, og bli mer bevisst på hva man sier og hvordan man formulerer seg for at det skal oppfattes på den måten vi ønsker. Vi har alle kommunisert så lenge vi lever, og sitter med erfaringer som er med på å forme den måten vi kommuniserer på. Målet i palliativ behandling er å sørge for at pasienten har en best mulig livskvalitet ut ifra omstendighetene. Da livskvalitet er subjektivt og ikke kan måles eller sammenlignes med hva andre mener, må man

kommunisere og snakke sammen for å vite å vite hva pasienten mener er god livskvalitet, og da er kommunikasjonskunnskaper viktig å ha med seg (Helsedirektoratet, 2015).

I studien til Vedel et al. (2014) som forsket på kvaliteten av palliativ behandling, viste det seg at både sykepleier, pasient og pårørende mente at relasjonen mellom de ulike parter var noe av det viktigste når det gjaldt hvor god den palliative pleien var. Derfor tenker jeg at det å bygge en relasjon med både pasienten og deres pårørende er veldig viktig, og at dette blir et slags grunnlag for pleien sykepleier yter. For å bygge en relasjon kan samtale og samvær være gode utgangspunkt. At sykepleier viser at hun er trygg i faget sitt, kan også gi en trygghet til pasienten og pårørende, samtidig som det er med på å både bygge og styrke relasjonen. Hvis man har klart å skape en god relasjon blir kommunikasjonen også lettere, det kan bli lettere for begge parter å åpne seg opp å snakke om de vanskelige tingene. Vi ser også i studien "Communicating Between the Nurse and Familycaregiver in End-of-Life Care" at fundamentet i relasjonen mellom sykepleier, pasient og pårørende var tillit, kontinuitet og forståelse (Lowey, 2008). Siden kontinuitet og forståelse er viktige i relasjonen, kan det være en fordel at pasienten ikke har mange ulike sykepleiere å forholde seg til. Det blir også lettere å skape den gode relasjonen, når det er de samme sykepleierne som tar seg av pasienten. Om det derimot er mange nye sykepleiere å forholde seg til hele tiden, klarer man ikke å bygge denne relasjonen på samme måte som når man forholder seg til hverandre oftere.

En god relasjon med pårørende tenker jeg også er veldig viktig for at man skal kunne formidle kunnskapen videre, og hjelpe familien til å forstå hva som er best for pasienten i den fasen han nå befinner seg i. Hvis vi ser litt tilbake på det med smertelindring, kan det være vanskelig for de pårørende å tolerere at pasienten ikke er optimalt smertelindret etter hans eget ønske, eller hvis pasienten kanskje ikke klarer å få i seg noe mat. Dette kan bli lettere for pårørende å akseptere hvis sykepleieren formidler den kunnskapen hun sitter inne med. Samtidig kan en god relasjon med de pårørende være en stor fordel for å få litt mer innsikt i pasientens situasjon. Kanskje forteller ikke pasienten alt til sykepleieren, og åpner seg mer opp til sine nærmeste. Da kan det være godt å ha en god relasjon mellom sykepleier og pårørende, for å få mer innsikt og forståelse for pasienten, og hvordan han opplever den palliative fasen. Dette kalles hjelpende kommunikasjonen, som skal skape trygghet, forståelse og bidra til at både pasienten og pårørende skal mestre situasjonen gjennom informasjonen vi formidler (Eide & Eide, 2011).

5 Konklusjon

For at sykepleier skal kunne lindre pasientens smerteplager må smertene først kartlegges ved hjelp av kartleggings skjema. Bruk av kartleggings skjema i tillegg til at pasienten selv supplerer med egne beskrivelser, kan gjøre det lettere for lege å finne rette smertelindrende medikamenter og lettere for sykepleier å komme med ikke-medikamentelle tiltak som kan hjelpe på smertene. Kunnskaper om hva som kan være med på å bedre og forverre smerter tenker jeg er viktige at sykepleier har. Det å se mennesket som en helhet, både psykisk, fysisk, kulturelt og åndelig er derfor viktig, fordi vi sitter med kunnskap om at disse kan påvirkes av hverandre og være med å bidra til at smertene blir verre eller bedre.

Det er ingen fasit på hva som er etisk rett å gjøre i en situasjon der pasienten ikke ønsker mer smertestillende, og pårørende er veldig opptatt av at han trenger mer smertelindring. Hva som er rett å gjøre kommer an på hvilket etisk perspektiv man velger å handle ut i fra, men jeg tenker at de etiske prinsippene og spesielt lovverk er mest riktig å handle ut i fra. Ut ifra min problemstilling om hvordan sykepleier kan lindre smerter hos den kreftsyke i den palliative fasen, med et spesielt fokus på motstridende ønsker hos pasient og pårørende, ville jeg valgt å høre mest på hva pasientens ønsker ut i fra autonomiprinsippet i etikken og §3-1 pasientens- og brukerens rett til medvirkning i Lov om pasient- og brukerrettigheter (1999).

For at pasienten skal kunne ta de riktige valgene trenger både han og familien tilstrekkelig med informasjon fra sykepleieren. Den gode relasjonen som inneholder tillit, trygghet, forståelse og kontinuitet mellom sykepleier, pasient og pårørende er viktig for en god kommunikasjon, da jeg har lært at de gode samtale kommer som et resultat av dette. Det at pasienten klarer å tolerere litt smerter på dagtid, for å være våken og kunne samtale med venner og familie, mot at han får en god natt søvn, er helt greit så lenge pasienten vil det selv, da dette kan bidra til å øke pasientens livskvalitet. Hvis ikke er det selvsagt optimal smertelindring, der pasienten ikke plages med smerter, gjennom hele døgnet som er det beste for pasienten fysisk, psykisk, kulturelt og åndelig.

Litteraturliste

- Bausewein, C., Calanzani, N., Daveson, B. A., Simon, S. T., Ferreira, P. L., Higginson, I. J., et al. (2013). 'Burden to others' as a public concern in advanced cancer: a comparative survey in seven European countries. *BioMed Central*. 13(105). doi: 10.1186/1471-2407-13-105
- Berntzen, H., Danielsen, A., & Almås, H. (2011). Sykepleie ved smerter. I H. Almås, D.-G. Stubberud, & R. Grønseth (Red.), *Klinisk sykepleie* (Vol. 1, s. 355-398). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Besley, C., Kariuki, H., & Fallon, M. (2014). A pilot study investigating the effect of a patient-held pain assessment tool in palliative care outpatients attending a rural Kenyan hospital. *Palliative Medicine*, 28(9), 1156-1160. doi: 10.1177/0269216314536947
- Dalland, O. (2013). *Metode og oppgaveskriving (5.utg.)*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Eide, H., & Eide, T. (2011). *Kommunikasjon i relasjoner - samhandling, konfliktløsning, etikk* (2.utg). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Halvorsen Bastøe, L.-K., & Frantsen, A.-M. (2012). Søvn og hvile. I N. Jahren Kristoffersen, F. Nortvedt, & E.-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie* (Vol. 2, s. 301-330). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Helsedirektoratet. (2015, 26 03). Palliasjon i kreftomsorgen - Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen (Veileder IS-2285). Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/nasjonalt-handlingsprogram-med-retningslinjer-for-palliasjon-i-kreftomsorgen>
- Helsepersonelloven - hlspl (1999). Lov om helsepersonell. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonelloven>

- Johansen, E. (2012). Sirkulasjon. I N. Jahren Kristoffersen, F. Nortvedt, & E.-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie* (Vol. 2, s. 101-134). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kaasa, S. (2007). Palliativ medisin - en introduksjon. I S. Kaasa, *Palliasjon - Nordisk lærebok* (2.utg.) (s. 31-47). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kaasa, S., & Borchgrevink, P. (2007). Hva er smerte? Et klinisk perspektiv. I S. Kaasa (Red.), *Palliasjon - Nordisk lærebok* (2.Utg.) (s. 271-310). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kunnskapscenteret. (2015, 20/03). *Sjekklistor for vurdering av forskningsartikler*. Hentet 16 04, 2015, fra Nasjonalt kunnskapscenter for helsetjenesten:
<http://www.kunnskapscenteret.no/verktoy/sjekklistor-for-vurdering-av-forskningsartikler>
- Lingås, L. (2011). *Over andres dørstokk - Yrkesetikk i arbeid hjemme hos klienter og pasienter*. Oslo: Kommuneforlaget AS.
- Lowey, S. E. (2008). Communication Between the Nurse and Family Caregiver in End-of-Life Care. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*, 10(1) 35-48. doi:
10.1097/01.NJH.0000306786.ae
- Nortvedt, P. (2012). *Omtanke - En innføring i sykepleiens etikk*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Olsson, H., & Sørensen, S. (2013). *Forskningsprosessen - Kvalitative og kvantitative perspektiver*. (G. Bureid, Overs.) Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Pasient- og Brukerrettighetsloven - pasrl (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasientrettigheter>

- Røkenes, O., & Hanssen, P.-H. (2012). *Bære eller breste - Kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Rosén, G., & Stiles, T. C. (2007). Smertebehandling og psykologi. I S. Kaasa (Red.), *Palliasjon - Nordisk lærebok* (2.utg.) (s. 407-420). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Rosland, J., & Tjølsen, A. (2007). Patofysiologiske mekanismer ved kreftrelatert smerte. I S. Kaasa (Red.), *Palliasjon - Nordisk lærebok* (2.utg.) (s. 311-326). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Schjødt, B., Faksvåg Haugen, D., Straume, M., & Værholm, R. (2007). Familien. I S. Kaasa (Red.), *Palliasjon - Nordisk lærebok* (2.utg.) (s. 89-114). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Strang, P. (2012). Symptomkontrollens betydelse i den palliativa vården. I P. Strang (Red.), & B. Beck-Friis (Red.), *Palliativ medicin och vård* (s. 186-196). Stockholm: Liber AB.
- Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. (K. Thorbjørnsen, Overs.) Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Vedel, I., Ghadi, V., Lapointe, L., Routelous, C., Aegerter, P., & Guirimand, F. (2014). Patients', family caregivers', and professionals' perspective on quality of palliative care: A qualitative study. *Palliative Medicine*, 28(9) 1128-1138. doi: 10.1177/0269216314532154