

BACHELOROPPGÅVE

Smertelindring i heimen.

Korleis kan sjukepleiar bidra til smertelindring hos den palliative pasienten?

av

kandidatnummer 42

Tina Solvang og

kandidatnummer 81

Torill Hammerseth

Bachelor i sjukepleie

SK 152

Mai 2015

Antall ord: 9980

Veileder Karianne Røsummoen Øyen



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

Eg gir med dette Høgskulen i Sogn og Fjordane løyve til å publisere oppgåva «Smertelindring i heimen.» i Brage dersom karakteren A eller B er oppnådd.

Eg garanterer at eg har opphav til oppgåva, saman med eventuelle medforfattarar. Opphavsrettsleg beskytta materiale er nytta med skriftleg løyve.

Eg garanterer at oppgåva ikkje inneheld materiale som kan stride mot gjeldande norsk rett.

Ved gruppeinnlevering må alle i gruppa samtykke i avtalen.

Fyll inn kandidatnummer og namn og set kryss:

kandidatnummer 42, Tina Solvang

JA NEI

kandidatnummer 81, Torill Hammerseth

JA NEI

Eg ser

Eg ser at du e trøtt,
men eg kan ikkje gå alle skrittå for deg.
Du må gå de sjøl,
men eg vil gå de med deg,
eg vil gå de med deg.

Eg ser du har det vondt,
men eg kan ikkje grina alle tårene for deg.
Du må grina de sjøl,
men eg vil grina med deg.
eg vil grina med deg.

Eg ser du vil gi opp,
men eg kan ikkje leva livet for deg.
Du må leva det sjøl,
men eg vil leva med deg,
eg vil leva med deg.

Eg ser at du e redd,
men eg kan ikkje gå i døden for deg.
Du må smaka han sjøl,
men eg gjer død til liv for deg,
eg gjer død til liv for deg
Eg har gjort død til liv for deg.

- Bjørn Eidsvåg

(Brukt med løyve frå Quint as, vedlegg 1)

SAMANDRAG

Tittel: Smertelindring i heimen.

Bakgrunn for val av tema: Forsking viser at smerter er det symptomet både den palliative pasienten sjølv og pårørande fryktar mest. Vi som sjukepleiarar må arbeide aktivt for å bidra til smertelindring, både med medikamentell og ikkje-medikamentell behandling. Erfaringar vi har frå praksis med pasientar i palliativ fase har gjort at vi ønskjer å utforske og tileigne oss meir kunnskap innan for valt problemstilling.

Problemstilling : «*Korleis kan sjukepleiar bidra til god smertelindring til den palliative pasienten ?*»

Framgangsmåte: Denne oppgåva er ei litteraturstudie. Det vil seie at vi har brukt litteratur og forskingsartiklar som allereie er utgitt om temaet, for å kunne skrive denne oppgåva.

Oppsummering : God symptomlindring og kunnskap om palliasjon er noko som sjukepleiar må ha kunnskap om. For å belyse kor viktig ein god relasjon mellom sjukepleiar og pasient er har vi brukt Joyce Travelbee sin teori om menneske til menneske forholdet. Like viktig som medikamentell behandling er det at sjukepleiaren har ferdigheter i kommunikasjon, da smerte er ein subjektiv oppleving som berre kan kartleggast gjennom kommunikasjon med pasienten. Fokus i oppgåva er at gjennom kommunikasjon, relasjon, tverrfagleg samarbeid og gode kartleggingsverktøy kan vi som sjukepleiarar bidra til at pasienten kan få ei god smertelindring i heimen. Vi har mellom anna drøfta korleis sjukepleiar kan kartlegge pasienten si smerte ved bruk av kartleggingsverktøy som ESAS-r, VAS og smertekart. Både forskingsartiklar og litteratur peikar på viktigheita av at sjukepleiar bruker tid på å informere pasienten om korleis han svarer på dei ulike skjema. Vi har ved hjelp av faglitteratur, forskning og sjølvfarte opplevingar reflektert over korleis vi som sjukepleiarar kan bidra til at palliative pasientar kan få ei god smertelindring. Drøftinga byggjar på fleire pasientkasuistikkar vi har opplevd i praksis, og vi nyttar oppgåva til reflektere over kva som fungerte i dei ulike situasjonane.

Innhold

1	Innleiing	1
1.1	Bakgrunn for val av tema	1
1.2	Presentasjon av tema og problemformulering	2
1.3	Avgrensing	2
1.4	Oppgåvas oppbygging	2
2	Metodedel	3
2.1	Val av metode	3
2.2	Søkjehistorikk	3
2.3	Kjeldekritikk	4
2.4	Ivaretaking av etiske retningslinjer	5
2.5	Presentasjon av funn	5
3	Teori	7
3.1	Sjukepleie, kommunikasjon og samhandling med pasienten	7
3.1.1	Overordna føringar og reguleringar	8
3.2	Kreft og Palliasjon	9
3.2.1	Palliasjon i pasienten sin eigen heim	9
3.3	Smerte	10
3.4	Kartlegging	12
3.5	Tiltak	13
3.5.1	Medikamentelle tiltak	13
3.5.2	Pasient – sjukepleiar – relasjonen i heimetenesta	14
4	Drøfting	16
4.1	Utskriving frå sjukehus til heimen	16
4.2	Kartlegging av smerte	16
4.3	Tverrfagleg samarbeid, kvifor er den så viktig i den palliative fasa?	19
4.4	Smertelindring	20
4.4.1	Smerte – og symptomlindring i livets slutfase	22
4.4.2	Mellommenneskelege forhold	23
5	Konklusjon	24
6	Litteraturliste	25

1 Innleiing

1.1 Bakgrunn for val av tema

I følgje kreftregisteret vart 30 401 nordmenn ramma av kreft i 2013 (Kreftregisteret, 2015). Sjølv om stadig fleire overlev kreftsjukdommen, viser tal at omlag 10 000 pasientar årleg i Noreg ikkje blir friske og dermed blir rekna som palliative pasientar (KS, 2012).

I følgje kreftforeininga skjer bare 15% av dødsfalla i heimen, likevel peika kreftforeininga på at langt fleire ønskjer å vere i heimen saman med sine næraste i livets slutfase. Kreftforeininga har difor løfta temaet opp for å vise kva moglegheita som finst. I dei fleste kommunane er det godt tilrettelagt med tverrfaglege team, slik at det lar seg gjere å dø heime om ein ønskjer dette (Kreftforeiningen, 2015). Noko av føresetninga for å leggje til rette for at fleire skal få siste tida si heime er helsepersonell sin kunnskap om palliasjon.

Palliasjon er eit av satsingsområda i Nasjonal kreft strategi 2013-2017 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013). I Norsk standard for palliasjon beskrivast den palliative fasa ved at sjukdomsbilete er kompleks og variera over tid og kan endrast raskt. Pasienten får ofte betydeleg redusert fysisk funksjon og eit døgnskcontinuerlig pleiebehov er ofte til stades. Palliasjon skal vere integrert i det offentlege helsetenestetilbodet og kunne utførast på alle kliniske sjukehusavdelingar og i primærhelsetenesta (Standard for palliasjon, 2004). Palliativ behandling, pleie og omsorg skal være fleksibel, dynamisk og raskt tilgjengeleg, med klar plassering av ansvar. Vidare er eit tett samarbeid på tvers av nivå viktig for å få ein optimal behandling med rett kompetanse til behandling av pasienten til ein kvar tid (Standard for palliasjon, 2004).

Vi har i denne bacheloroppgåva i sjukepleie, valt temaet palliativ pleie til kreftpasientar i heimen. Vi vil ha fokus på korleis sjukepleiar kan bidra til at dei pasientane som ønskjer det, kan få ei god smertelindring i heimen i den palliative fasa. Dette er eit tema som er viktig å ha kunnskap om, både fordi vi kan sjå at fleire ønskjer å få vere heime den siste tida, og at sjukepleiarane som følgjer dei palliative pasientane må ha kunnskap om smertelindring og anna aktuell kunnskap som påverkar lindring av smerte. Slik kunnskap er ein føresetnad om ein skal kunne yte god sjukepleie ovanfor pasient og pårørande i denne fasa. Eit anna moment er at vi kan sjå endringar i samfunnet som og bidreg til endra krav til kunnskap og kompetanse innan palliasjon i kommunane. Kravet har vore påpeika over tid, men særskilt sett på som eit auka behov etter samhandlingsreforma (Helse- og omsorgstenesteloven, 2011). Det er vist at pasientane vert utskrivne tidlegare ein før frå sjukehuset og at dei er sjukare når dei kjem heim (Norås, 2010, s. 331). Kommunane må av den grunn ha eit godt tilbod til pasientane både i heimesjukepleia og andre instansar i kommunen.

1.2 Presentasjon av tema og problemformulering

Temaet som vi har vald er palliativ pleie til kreftpasientar i heimen. På bakgrunn av tematikken har vi kome fram til denne problemstillinga:

Korleis kan sjukepleiar bidra til smertelindring hos den palliative pasienten ?

1.3 Avgrensing

Vi vil avgrense oppgåva til å omhandle god kartlegging og smertelindring av palliative kreftpasientar som bur heime med hjelp frå heimesjukepleia. Vi vil ha særskilt fokus på korleis vi kan oppnå god smertelindring ved hjelp av god kommunikasjon og kartleggingsverktøy i den palliative pleia.

Oppgåva vil ikkje inkludere tiltak i form av til dømes palliativ cytostatika behandling, kirurgi eller strålebehandling relatert til smertelindring. Vi vel også å ikkje vektlegge pårørande si rolle til den palliative heimebuande pasienten i stor grad. Vi er klar over at desse viktige supplerande tiltaka kan bidra til lindring av smerte og vi ser på pårørande som viktige støttespelarar for at pasienten skal få bu heime, og avgrensingane er gjort berre grunna oppgåva sitt omfang.

1.4 Oppgåvas oppbygging

Vi har bygd opp oppgåva i 3 hovuddeler. Metodedel, teori og drøfting. I metodedelen definerer vi metode, beskriv korleis vi har funne forskning og faglitteratur og presentera forskingsartiklar . I teoridelen presentera vi relevant faglitteratur og faglege retningslinjer som belyser temaet. I drøftingsdelen vil vi forsøke å belyse ulike delar som kan bidra til å svare på problemstillinga vår ved å bruke teori drøfta opp mot egne forståingar, meiningar og erfaringar.

2 Metodedel

Ein metode er ein framgangsmåte, eit middel til å løyse problem og kome fram til ny kunnskap. Eit kva som helst middel som tener dette formålet, høyrer med i arsenalet av metodar. Ein metode fortel oss noko om korleis vi kan gå til verks for å skaffe oss eller etterprøve kunnskap. Tranøy seier at å vere vitenskapelig er å vere metodisk. Å bruke og overhalde intellektuelle standard i vår argumentasjon, vil seie å vere metodisk i vitenskapelig forstand. Det å vere metodisk stiller ikkje berre krav til oss om ærlegheit og sanning, men at vi og må tenkje og systematisere våre tankar. Dette er allmenngyldige krav til ein kvar metode (Tranøy, ref. i Dalland, 2014, s. 50).

2.1 Val av metode

Oppgåva vår er ein litteraturstudie der vi har valt å søkje etter både kvalitativ og kvantitativ forskning. *Kvalitativ metode* lar seg ikkje talfeste eller måle, men tar sikte på å fange opp meiningar og opplevingar. *Kvantitativ metode* gir oss data i form av målbare einingar. Felles for begge desse metodane er at dei på kvar sin måte bidreg til ein betre forståing av det samfunnet vi lev i, og om korleis enkel menneske, grupper og institusjonar handlar og samhandlar (Dalland, 2014, s. 112).

I tillegg fann vi ein systematisk oversikt. Ein oversiktsartikkel er ein artikkel der forfattarane har brukt ein systematisk framgangsmåte for å finne, vurdere og oppsummere fleire enkeltstudiar om same emne. Systematiske oversikter skal vise oss heile bilete og gjere den best tilgjengelege forskingsbaserte kunnskapen lettare tilgjengeleg (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim, & Reinart, 2013, s. 135). Vidare har vi nytta oss av fagbøker, rapportar og nasjonale faglege retningslinjer som kan bidra til å belyse temaet smertelindring og palliasjon.

2.2 Søkjehistorikk

Vi har nytta ulike tilgjengelege ressursar for å samle aktuell kunnskap og teori til oppgåva. Vi har snakka med kreftkoordinator i kommunen og fått gode tips til artiklar, nasjonale retningslinjer, fagrapportar og nyttig faglitteratur. Vi har og søkt i databasane SveMed+, og Academic search premier (MEDLINE og CINAHL) via helsebiblioteket, for å få tilgang til mest mogelege fulltekst artiklar. Desse databasane nytta vi då dei er sjukepleiarfagleg retta. Bibsys Ask har vore brukt til å finne faglitteratur. I tillegg har vi leita etter forskning og litteratur frå anerkjente fagpersonar i Noreg som til dømes Stein Kaasa.

Søkjestrategi:

Ved hjelp av PICO har vi funne norske nøkkelord som vi har oversett til engelsk ved hjelp av SveMed+. PICO representerer ein måte å dele opp spørsmåla på, slik at det strukturerast på ein hensiktsmessig måte. Kvar av bokstavane i PICO står for bestemte element som ofte er med i eit

klinisk spørsmål: Patient/Problem, Intervensjon, Comparison og Outcome (Nortvedt et al., 2013, s 33). Våre norske nøkkelord: kreft, palliativ pleie, heimesjukepleia/sjukepleiar, symptomlindring

Desse nøkkelorda omsette vi til engelsk ved hjelp av SveMed+ og enda opp med søkjeorda: cancer, palliative care, community nursing, symptom relief/management.

Søk i Academic search premier:

Vi brukte søkjeorda «symptom management» og «palliative care». Innleiingsvis i søket avgrensa vi ved å hake av for MEDLINE og CINAHL, samt at litteraturen skulle vere frå 2008-2015 og avgrensa vidare med scholarly (peer reviewed) journals. Vi fekk 268 treff, ut av desse las vi 10 abstrakter. Her la vi vekt på IMRAD som står for Introduksjon, Metode, Resultat og Diskusjon. Dei fleste vitenskaplege artiklar er bygd opp etter IMRAD prinsippet, og ved å lese abstrakta kan vi få ein oversikt over kvifor ein har valt å gjennomføre studien, korleis dei gjennomførte den og analyserte resultatata, kva dei fann ut av resultatata og kva forfattarane meina resultatata betyr. Ved å lese dette vil vi lettare kunne sjå om det er ein forskingsartikkel av god kvalitet (Nortvedt et al., 2013, s 69). Her fann vi 2 artiklar som vi meinte ville vere med på å belyse problemstillinga vår.

Sidan vi har valt å avgrense oss til kreftpasientar som bur heime, endra vi søkjeorda til «palliative care», «cancer» og «primary health care». Då fekk vi 131 treff i Academic search premier, med avgrensing til forskning frå 2005-2015. Vi leste abstrakta på 10 og fann 2 som vi meina er relevant for vår oppgåve. Også her valte vi å lese abstrakter utifrå IMRAD for å kvalitet sikre at det var ein god forskingsartikkel.

Vi har og med ein forskingsartikkel som vi fekk anbefalt av kreftkoordinator i kommunen. Også denne sjekka vi ved hjelp av IMRAD for å forsikre oss om at det var ein artikkel av god kvalitet. Denne går direkte på riktig bruk av ESAS og kor utfordrande det kan vere for pasienten å svare på spørsmåla. Vi vil presentere artiklane under punkt 2.5.

2.3 Kjeldekritikk

Kjeldekritikk betyr både å vurdere og å karakterisere den litteraturen som er nytta (Dalland, 2014, s. 72). Det har vore viktig for oss å finne nyare forskning innan temaet palliasjon, vi har ikkje brukt forskning som er eldre enn 10 år. Det kan vere ei styrke at den faglitteraturen og dei forskingsartiklane som er brukt er av nyare dato. Vi har med både enkelt studiar og ein systematisk oversikt over forskning på temaet palliasjon. Vi har forsøkt å bruke primærkjelder der det er mogeleg, men har og brukt sekundærkjelder. Sekundærkjelde vil sei at forfattaren brukar sin eigen tolking av primærteksten og vi har difor stilt oss kritisk til at den ikkje kan vere heilt identisk med primærkjelda (Dalland, 2014, s. 87).

2.4 Ivaretaking av etiske retningslinjer

Vi har brukt skulen sine etiske retningslinjer når vi skreiv oppgåva (HISF, 2012). Kjeldene våre blir så reieleg og påliteleg som mogeleg brukt i oppgåva. Der vi brukar dømer frå egne erfaringar, er dei involverte partar anonymisert. Vi viser aldri til namn, alder eller konkrete sjukdomsdiagnosar. På denne måten vil det ikkje være mogeleg å kjenne igjen dei ulike erfaringane. Anonymisering er når opplysningar ikkje på noko slags vis kan identifisere enkeltpersonar (Dalland, 2014, s. 103).

2.5 Presentasjon av funn

Artikkel nr 1:

« Palliative care for cancer patients in a primary health care» belyser kor viktig kommunikasjon og samhandling mellom dei forskjellige instansane i det tverrfaglege samarbeidet rundt pasienten som mottar palliativ pleie i heimen, er. Det er ein kvalitativ enkelt studie som har intervjuet etterlatne familiemedlemar til pasientar som har fått palliativ pleie i heimen. Funna tyder på at pårørande si oppleving er at det er manglar i det tverrfaglege samarbeidet blant dei involverte instansane rundt pasienten. I den palliative omsorga i primærhelsetenesta er det generelt behov for forbetring både når det gjeld fagleg kunnskap, tilgjengelegheit, haldningar og kommunikasjonsevner. Vidare må man vere oppmerksom på å finne ein balanse mellom pårørande sine ønskjer og behov og det faktum at dei er ein viktig ressurs for at pasienten skal kunne få best mogleg omsorg i heimen (Neergaard, Olesen, Jensen, & Sondergaard, 2008).

Artikkel nr 2:

«Living with incurable cancer at the end of the life- patients perceptions on quality of life» er ein kvalitativ enkelt studie som beskriv pasienten si oppfatning av livskvalitet i den terminale fasa. Den viser at livskvalitet ved livets slutt har stor betydning for pasienten. Det å kunne delta i det daglege sosiale liv er av stor betydning. Den viser også at pasientane si oppleving av tryggleik og kommunikasjon med pleiarane som viktig med tanke på livskvalitet i ein terminal fase (Johansson, Akselsson, & Danielson, 2006).

Artikkel nr 3:

«The meaning of quality of life: narrations by patients with incurable cancer in palliative home care» belyser livskvaliteten av å få vere heime og føle seg trygg den siste tida. Ein kvalitativ enkelt studie der ein ved intervju får fram forteljingar frå pasientar med dødelig kreft som bur heime. Den viser at det å gje pasienten ei kjensle av livskvalitet er svært viktig, samtidig som god symptomlindring er avgjerande. Det å få vere heime og bli tatt vare på av familie og heimesjukepleia var av stor betydning

for at pasientane skulle føle seg meir sjølvstendig og trygg (Johansson, Odling, Axelsson, & Danielson, 2008).

Artikkel nr 4:

«Pain and symptom management in palliative care and at end of life» hensikta med denne studien er å gje ein systematisk oversikt av forskning som er publisert sidan 2004 på smerte og symptomlindring i palliativ omsorg. Tilstreккеleg smerte og symptomlindring er ein avgjerande del av palliativ omsorg. Funna kan tyde på at smerte og symptomlindring er mangelfullt kartlagt og behandla i den palliative fasa. Ved god kartlegging av smerter med tanke på lokalitet, intensitet og mønster kan ein finne ut kva slags smerter pasienten har. Da kan ein gje pasienten riktig og god smertelindring (Wilkie & Ezenwa, 2012).

Artikkel nr 5:

«What does the answer mean?» ein kvaliatativ enkelt studie om korleis den palliative kreftpasienten kan tolke og svare på ESAS (Edmonton Symptom Assessment System). Studien viser at feil og misforståingar er vanleg og at det difor er av avgjerande betydning at den som utførar kartlegginga har tilstrekkeleg med kompetanse i bruk av dette skjema. Den seier at ein standardisert framgangsmåte kan redusere risikoen for feil og dermed auke den kliniske nytta av verktøyet, og dermed betre symptomlindringa for den enkelte pasient (Bergh, Kvalem, Aass, & Hjermsstad, 2011).

Nasjonale retningslinjer:

«Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen» er utgitt av Helsedirektoratet og er basert på oppdatert fagleg kunnskap som er fram skaffa på ein systematisk, kunnskapsbasert måte. Ved å følgje oppdaterte nasjonale retningslinjer vil fagpersonell bidra til å oppfylle krav om fagleg forsvarleg sjukepleie. Målet med handlingsprogrammet er å forbetre behandlinga av pasientar med inkurable kreftsjukdommar og avgrensa levetid, og å sikre eit like godt behandlingstilbod i heile landet. Handlingsprogrammet peikar på at ein må ta omsyn til alle aspekt av smerteopplevinga til pasienten for å stille ein så presis diagnose som mogeleg. Systematisk, standardisert og nøyaktig kartlegging er ein føresetnad for å stille ein korrekt smertediagnose og grunnlaget for god smertebehandling (Helsedirektoratet, 2015).

3 Teori

3.1 Sjukepleie, kommunikasjon og samhandling med pasienten

Travelbee definera sjukepleie som: «*ein mellommenneskeleg prosess der den profesjonelle sjukepleiaren hjelper eit individ, ein familie eller eit samfunn med å førebyggje eller mestre erfaringar med sjukdom og lidingar og om nødvendig finne mening i desse erfaringane*» (Travelbee, 2001, s. 29). Sjukepleiedefinisjonen er velkjent og allmenn akseptert. Den byggjer på eit eksistensialistisk menneskesyn og på det faktum at lidning og smerte er ein uunngåeleg del av menneskelivet (Kristoffersen, 2011, s. 216).

Dette mellommenneskelege forholdet deler Travelbee inn i fem fasar;

- Det innleiande møte, her møter sjukepleiar ein person for første gong. I dette møte vil både sjukepleiar og pasient observere, og gjere seg opp meiningar om kvarandre.
- Framvekst av identitet, karakteriserast ved evna til å verdsette den andre som eit unikt menneskeleg individ. I denne fasa vil både sjukepleiar og pasient knytte seg til kvarandre, og betrakte kvarandre mindre som kategoriar og meir som individ.
- Empati, evna til å leve seg inn i eller ta del i og forstå den andre sin psykiske tilstand i augeblikket.
- Sympati, spring ut av empatiprosessen og ein har eit ønskje om å lindre plagar. Gjennom sympati og medkjensle blir ein i stand til å forstå den andre sine plagar samstundes som ein ønskjer å hjelpe den som har det vondt.
- Gjensidig forståing og kontakt, denne fasa beskriv Travelbee som det overordna målet for sjukepleie. Denne kan ein bare oppnå når sjukepleiar og pasient har gått igjennom dei fire første fasane i menneske-til-menneske-forhold (Travelbee, 2001, ss. 186-218).

I møte mellom sjukepleiar og pasient føregår det ein kommunikasjon, som blir uttrykt både verbalt og non-verbalt. Gjennom kommunikasjon får sjukepleiar og pasient moglegheita til å bli kjent med kvarandre og opprette eit menneske-til-menneske forhold. Slik kan ein lære den sjuke å kjenne for så å fastslå og ivareta den sjuke sine sjukepleiebehov. Da kan ein klare å oppnå sjukepleia sitt mål og hensikt (Travelbee, 2001, ss. 135-147).

Liding og mening er to sentrale fenomen i Travelbee sin sjukepleie teori. Liding er til liks med sjukdom ein felles livserfaring. Travelbee knytt omgrepet til det enkelte menneske sin reaksjon i møte med sjukdom og tap. Sjukepleie er retta mot å førebyggje lidning, samt å hjelpe pasienten til å bære og eventuelt finne mening i lidinga. Travelbee seier at meininga må finnast av den enkelte

sjølv, og aldri kan gå frå eit menneske til eit anna. Ein person opplev meining når han føler at han fortsatt har verdi og er betydingsfull for andre (Travelbee, 2001, ss. 28-49).

3.1.1 Overordna føringar og reguleringar

I samhandlingsreforma (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008-2009) er det lagt vekt på tiltak som skal bidra til eit meir kostnadseffektivt helsevesen i Norge. Det er eit mål at pasientar skal behandlast så nær heimen som mogeleg. Det betyr at det i tida framover trengs mange dyktige sjukepleiarar i kommunane som kan handtere kompleks medisinsk behandling og pleie av pasientar med kreft i heimen. Dette føresett også god samhandling mellom dei ulike aktørane som må til for å kunne oppnå best mogleg pleie.

Heilskapleg omsorg føreset tverrfagleg og tverretatleg samarbeid. I omsorga for ein palliativ pasient i heimen utgjer sjukepleiarar, hjelpepleiarar og fastlege stamma av omsorgspersonar. Andre fagpersonar som ergoterapeut, fysioterapeut og prest kan og vere aktuelle (Rønning, Strand, & Hjermsstad, 2007, s. 215). Å leggje til rette for at pasient og pårørande skal kome i reelle valsituasjonar i høve til kor pasienten skal vere den siste levetida, stiller store krav til organisering og samarbeid mellom ulike yrkesgrupper. Det blir oppfordra til at færrest mogleg personar tek del i behandlinga og oppfølginga for å ivareta kontinuitet og oversikt. Nært samarbeid mellom sjukehus og primærhelsetenesta er ein føresetnad for at pasient og pårørande kan få vere mest mogleg heime under trygge rammer (Kirkevold & Ekern, 2001, s. 166).

Heimesjukepleia er mellom anna regulert av Helse og omsorgstenestelova. I § 3-1 står det at kommunen skal sørge for at personar som oppheld seg i kommunen, blir tilbydd nødvendig helse- og omsorgstenestar. Dette ansvaret omfattar alle pasient- og brukargrupper. Kommunen sitt ansvar inneberer plikt til å planleggje, gjennomføre, evaluere og korrigere verksemda, slik at tenestene sitt omfang er i samsvar med krav om fastsatt lov eller forskrift (Helse- og omsorgstenesteloven, 2011). Kommunen er i følgje § 3-4 pliktig til å leggje til rette for samhandling mellom ulike deltenester innad i kommunen og med andre tenesteytarar der dette er nødvendig for å tilby tenester omfatta av lova her. Vidare står det i § 6-1 at kommunen sjølv skal inngå samarbeidsavtale med det regionale helseføretaket i helseregionen. Kommunen kan inngå avtale aleine eller saman med andre kommunar. Samarbeidet skal ha som målsetting å bidra til at pasientar og brukarar mottar eit heilskapleg tilbod om helse- og omsorgstenester (Helse- og omsorgstenesteloven, 2011).

Etikk i helse- og omsorgssektoren handlar først og fremst om brukarane, og om evna til å ivareta omsynet til menneska sine verdiar og om å realisere grunnleggande verdiar som tryggleik, omsorg og rettferd i tenestane, særleg for dei som treng det mest og er mest sårbare (Eide & Aadland, 2014, s. 10).

Norsk Sjukepleiarforbund sine yrkesetiske retningslinjer beskriv sjukepleiaren sin profesjonsetikk og dei forplikingar som tillegg god sjukepleiepraksis. Sjukepleiefaget sin begrunnelse er at menneske sjølv og respekten for kvart enkelt menneske sitt liv og ibuande verdigheit skal prege praksis. Sjukepleie skal fortsatt være basert på barmhjertigheit, omsorg og respekt for menneskerettighetane. Sjukepleiaren si fundamentale plikt er å fremje helse, førebyggje sjukdom, lindre lidning samt sikre ein verdig død. Sjukepleiaren sitt profesjonsetiske ansvar omfattar menneske i alle livsfasar frå livets byrjing til livets slutt. Sjukepleiaren har ansvar for å lindre lidning , og bidra til ein naturleg og verdig død (Norsk sjukepleiarforbund, 2011).

3.2 Kreft og Palliasjon

Kreft er ei gruppe sjukdommar som kjenneteiknast ved ukontrollert celledeling av unormale celler som har evna til å invadere vev og organa omkring, og evna til å gi dottersvulstar andre stadar i kroppen (metastasere). Kreft kan også spreie seg til andre stadar i kroppen ved at lause kreftceller blir transportert rundt i kroppen i blodet og lymfesystemet. Desse cellene kan da slå seg til heilt andre stader i kroppen og gi metastasar. I dei fleste slike tilfelle vil pasienten etterkvart dø av sin kreftsjukdom (Lorentsen & Grov, 2011, s. 402).

Palliasjon blir definert på følgjande måte:

Palliasjon, eller lindrande behandling og omsorg, har ikkje et kurativt siktemål, men etterstreber symptomlindring og forbetring av livskvalitet, eventuelt ein fredfull død. Vi snakkar om god sjukepleie til alvorlig sjuke og døande pasientar. Dette inkluderer smertelindring, lindring av kvalme, ubehag, angst og uro. Sjukepleiaren skal bidra til trøst og vise omtanke i handlingar og med sitt vesen (Nortvedt P. , 2012, s. 196).

3.2.1 Palliasjon i pasienten sin eigen heim

Når arenaen for palliasjon er i pasienten sin eigen heim, er føresetnaden for profesjonell palliativ omsorg annleis enn i institusjon, noko som reflekterast i Standard for palliasjon. Her definerast heimebasert palliativ omsorg som: «den palliative behandling, pleie og omsorg som pasient og pårørande treng når pasienten tilbringar heile eller deler av den siste tida i heimen» (Standard for palliasjon, 2004). Primære oppgåver er at pasient og pårørande til ein kvar tid får dei lege- , pleie- og omsorgstenestene dei har behov for. Det føreset at tenestene rundt blir organisert og koordinert i høve til behova etter kvart som dei endrar seg. Heimesjukepleie omfattar behandling og pleie- og omsorgstiltak i heimen. I dette ligg og tiltak for nødvendig informasjon, støtte og undervisning for å styrke pasienten si evne til eigenomsorg. Det er ein føresetnad at det er eit godt samarbeid på tvers av tenestene. Ein direkte adgang til innlegging på sjukehus, palliativ avdeling eller sjukeheim når det

føreligg forverring av symptom, vil gi pasient, pårørende og heimesjukepleia ein ekstra tryggleik (Rønning et al., 2007, ss. 213-214).

Eit viktig prinsipp innan palliasjon er at pasient og pårørende skal oppleve tryggleik gjennom heile døgnet. Dei må ha tilgang til kvalifisert hjelp til ein kvar tid. I praksis betyr det at ansvaret for heimebasert omsorg ligg hos heimesjukepleia og fastlegen. Det må vere lett for pasient og pårørende og ta kontakt, og dei bør ha telefonnummer til heimesjukepleia og fastlegen tilgjengeleg, eventuelt installere tryggleiksalarm (Rønning et al., 2007, s. 217).

Kompetanse omfattar kunnskap, praktiske ferdigheiter og haldningar. Den palliative pasienten har ofte behov for avansert medisinsk behandling, noko som krev kunnskap og ferdigheita i administrering av ulike typar elektromedisinsk og anna utstyr. Her er det viktig med kvalitetsutvikling, opplæring i rutinar og sertifisering i bruk av teknisk utstyr for å skape tryggleik for pasientar og heimesjukepleia. Sjukepleiaren i heimesjukepleia er som oftast åleine ute ved pasientane utan kollegaer å rådføre seg med i enkelt situasjonar. Da er det viktig å ha eigeninnsikt og tryggleik nok til å formidle at ein ikkje kan og veit alt. Å kjenne sine eigne grenser og skaffe informasjon der det trengst er ein vesentleg del av sjukepleiaren sin kompetanse (Rønning et al., 2007, s. 219).

3.3 Smerte

I den palliative fasa vil kreftpasientar oppleve både fysiske og psykiske symptom som er plagsame og hemma livskvaliteten deira. Symptoma kan til dømes vere smerte, fordøyingsproblem, søvnproblem, fatigue eller angst. Når dei kroppslege funksjonane reduserast, gjer pasienten sine symptom seg gjeldande i større grad (Lorentsen & Grov, 2011, s. 427).

For omlag 70 % av alle pasientar med avansert kreft er smerte eit problem. Smertebehandling er dermed hjørnesteinen i lindrande behandling. Smerte det symptomet både pasientar og pårørende fryktar mest. Smerte som er ubehandla gir mange sekundær-problem som til dømes kvalme, depresjon, angst, søvnproblem, anoreksi og kakeksi. Lykkast ein ikkje med smertebehandlinga vil dei fleste problema forbli uløyste, om den er vellykka vil mange andre problem finne si naturlege løysing (Nordøy, et al., 2012). Målsetjinga er at alle døande pasientar skal få ei god smertelindring (NFPM, 2007).

Hos 70 % av pasientane er dei kreftutløyste smertene direkte forårsaka av grunnsjukdommen. Hos dei resterande 30 % skyldast smertene sekundære følgetilstandar, som gjerne kjem frå muskulatur og støtteapparat, eller frå skader etter antitumorbehandling til dømes på tarm eller i nervesystemet. Kreftpasientar kan også ha smerter av ikkje-malign årsak (Bjørge, 2010, s. 199).

Smerteproblemet er størst ved kreftformer der det er spreiding til skjelettet. Også innvekst i nervevev kan gi sterke smerte (Lorentsen & Grov, 2011, s. 407).

Smerte er eit subjektivt fenomen. Ulike personar, avhengig av personlege eigenskapar og erfaringar vil oppleve og uttrykke same fysiske smerte forskjellig. Kreftpasientar har ofte fleire typar smerte samtidig, som kan krevje heilt forskjellig behandling (Kaasa & Borchgrevink, 1998, ss. 293-298).

Vidare vil ein kronisk smertesituasjon ofte også ha episodar med akutte, høgintense smerter i tillegg til den jamnare vedvarande smerta som ligg i botn. Slik gjennombrots-smerte er vanleg ved kreftutløyste smerte og har betydning for behandlingsopplegget. Smerter kan klassifiserast utifrå kva nevronar eller reseptorar som er årsaka til at smerten blir leda til sentralnervesystemet. På bakgrunn av denne kunnskapen er det utarbeida klassifikasjonar av smerte (Bjørø, 2010, ss. 194-199).

Nociceptive smerter : kjem av stimulering av perifere nevronar i dei ulike vevsstrukturane. Ein nociseptiv smerte frå vev eller overflatiske organ, blir beskrive som skarp, høg intensiv og godt lokalisierbar «varsel»-smerte. Desse smertene responderer som regel godt på ikkje-opioide og opioide analgetika.

Nevropatiske smerter: kan arte seg som til dømes konstant, brennande, sviande, eller stikkande ubehag eller smerte i huden, ofte kombinert med ein djupare, borande smerte. Plutselig innsettande og repeterande smerter som strålar ut i ekstremiteter, er eit typisk nevropatisk symptom. Ikkje-opioide analgetika og sterke opioidar har ofte lita eller inga effekt på nevropatiske smerte. Adjuvante analgetika som antidepressiva, antiepileptika og glukokortikoider kan gje god og vedvarande smertelindring.

Visceral smerte: oppstår i vev med glatte hinner som for eksempel pleura og peritoneum ,og kan vere både akutt og kronisk. Denne smerta kan være djup, klemmande og diffus. Visceral og nociseptiv smerte kan opptre parallelt utifrå det same fokuset, men treng som regel ulik medikamentell behandling. Analgetika kombinert med ein faktor som relakserer glatt muskulatur bør forsøkjast.

Referert smerte: er smerte som opplevast i eit anna kroppsområde enn der den smertegivande prosessen er.

Psykogen smerte: underliggjande psykiske problem kan forverre eit mindre smerteproblem. Psykiske faktorer, som sterkt emosjonelt stress, kan gi ein reell smerte iform av til dømes hovudsmarter. I alle slike tilfelle må behandlinga difor rettast mot den psykiske grunnlidinga (Bjørø, 2010, ss. 194-199).

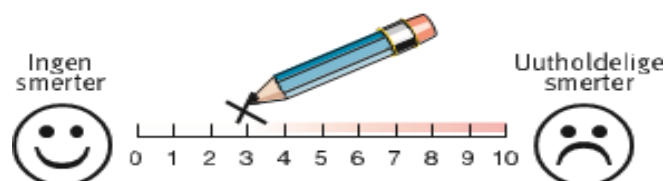
3.4 Kartlegging

Systematisk kartlegging av smerter og andre symptom og plager er ei viktig oppgave for sjukepleiar. Gode rutinar og prosedyrar for symptomlindring og samhandling med fastlege er nødvendig. Kartlegginga vil danne grunnlag for vurdering av symptom, problemområder og effekt av behandling (Rønning et al., 2007, s. 220).

Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) er eit kartleggingsverktøy for symptomregistrering innanfor fagfeltet palliasjon. Det er utvikla ved Edmonton General Hospital, Edmonton, Canada 1991 (Nordøy, et al., 2012). ESAS bør brukast som ein del av primærdiagnostikken både på poliklinikken, i pasienten sin heim, på allmennlegekontoret, på sjukeheim og på sjukehus. I oppfølginga av pasienten kan man enten bruke heile ESAS eller ein utvalt del med fokus på pasienten sitt hovudproblem. Legen bør ha eit aktivt forhold til kor ofte det skal registrerast og ordinere dette på lik linje med andre relevante undersøkingar (Kaasa & Loge, 2007, s. 78).

ESAS skjemaet kartlegg fleire symptom samstundes. Det er beslutta at ESAS skal vere kvalitetsindikator for palliativ behandling i Noreg (Lorentsen & Grov, 2011, s. 412). I 2010 vidareutvikla gruppa i Edmonton ESAS på bakgrunn av fleire kliniske studiar. Den nye versjonen, ESAS-revidert (ESAS-r), er nå introdusert internasjonalt og omsett til norsk. ESAS-r vert nå anbefalt som ny standar i Noreg (Helse Bergen, 2015). Skjemaet har ein skala frå 0-10, der null er inga plage og 10 er verst tenkjeleg plage. Pasienten sin skår overførast til ein god bileteleg framstilling av endringane i pasienten sin tilstand over tid. Symptoma som kartleggast er smerte, slapphet, døsighet, kvalme, tungpust, munntørrhet, matlyst, angst, depresjon samt best tenkjeleg velvære eller andre problem (som til dømes forstopping) (Helse Bergen, 2015).

Som eit hjelpemiddel i praktisk smertebehandling kan ein nytte ein visuell analog skala (VAS). VAS er ein 10 cm lang linje der 0 betyr inga smerte og 10 uuthaldelege smerte. VAS gjev eit augeblikksbilete av pasienten si smerte, og ved smerter som er over 3 cm eller meir vil dei fleste pasientane trenge behandling. VAS kan og bidra til å vurdere om behandlinga verkar ved å vise endringa i intensiteten mellom to tidspunkt (Bjørngo, 2010).



Skalaen er brukt med godkjenning frå kreftforeninga. (Vedlegg 2)

Etter at kartlegginga er utført må ein journalføre resultatet etter eit standardisert opplegg. Denne metoden har vist seg å vere svært påliteleg, men gir ein begrensa beskriving av pasienten sine fleirdimensjonale smerte (Bjørgero, 2010, ss. 201-202).

Bruken av smertekart for å kartlegge smerte er og eit godt verktøy for pasient og helsepersonell. Ofte kan det vere vanskeleg for pasienten å lokalisere smerta, men ved å bruke god tid kan ein klare å komme fram til det og kor dei sterkaste smerta er. Her skal pasienten markere på kroppskartet kor han/ho har vondt og gje ein munnleg beskriving av korleis smerta er (Kaasa,2007, s. 291).

3.5 Tiltak

3.5.1 Medikamentelle tiltak

Verdens helseorganisasjon (WHO) har i samarbeid med International Society for the Study of Pain (ISAP) utarbeida retningslinjer for behandling av kreftsmerte. Smertetrappa er eit hjelpemiddel for å standardisere behandlinga (Bjørgero, 2010, s. 204).

På smertetrappa er ikkje-opioidene og opioidene plassert på trappetrinn slik som det er vanleg å trappe opp behandlinga om smerta forverrar seg. Kreftforeninga (Kreftforeningen, 2012) har belyst trinna på følgjande måte.

Trinn 1 – Ikkje-opioider Paracetamol, som er vårt mest brukte reseptfrie middel mot vanlege smerte, er også viktig i behandlinga av kreftsmerte. Dersom smerta oppstår grunna sjukdom i skjelettet eller betennelse i vevet, kan ikkje-steroide antiflogistika (NSAID) vere eit betre val. Trinn 1 følgjer med på alle de høgare trinna for å sikre eit ”dobbeltangrep” mot smerta.

Trinn 2 - Trinn 1 + svakt opioid. Kodein og tramadol er dei viktigaste stoffa i gruppa svake opioider

Trinn 3 - Trinn 1 + sterkt opioid (oralt eller via plaster). Morfin eller anna sterkt opioid tatt gjennom munnen (oralt) eller via plaster (smertepaster), erstattar det svake opioidet på trinn 2.

Trinn 4 - Trinn 1 + sterkt opioid (subcutant eller intravenøst). Det sterke opioidet kan gjevast frå smertepumpe via ei nål som er lagt under huda (subcutant) eller inn i ei blodåre.

Trinn 5 - Trinn 1 + sterkt opioid (epiduralt eller spinalt). På dette trinnet kombinerast morfin nesten alltid med lokalbedøving som til saman gjev heilt spesielle smertestillande eigenskapar, også mot smerter som er lite påverkelege av morfin åleine.

Ved bruk av opioider må ein ha fokus på å førebyggje forstopping. Pasienten må få informasjon om at forstopping er vanleg, råd om fiberholdig mat og rikelig væskeinntak, og få profylakse med laksantia (Kreftforeningen, 2012).

Smertepumpe, som kan knytast til trinn 4 i smertetrappa, kan brukast for å sikre at pasienten får ei jamn subkutan tilførsel av medikamenta. Dette er eit godt hjelpemiddel hos pasientar som er plaga med til dømes kvalme. Av smertestillande brukas vanlegvis morfin, men andre medikament som til dømes oksykodon, ketobemidon og fentanyl kan også gjevast subcutant. Som beroligande kan midazolam eller levopromazin nyttast. Ved behov for antikolinerge medikament kan butylskopolamin eller glykopyrrolon tilsetjast. Det er ikkje anbefalt å ha meir ein 3-4 medikament i einpumpe. Medikamenta blir gitt via ein butterfly med forlengingsslange som ein set subcutant. Butterflyen må skiftast kvar 3 dag, men oftare om ein kan sjå teikn til infiltrat eller inflammasjon (Nordøy, et al., 2012, ss. 8-15).

Sjukepleiar som bidreg med smertelindring og omsorg til pasientar i livets slutfase kan ha nytte av å bruke spesifikke medikament som er eigna i denne fasa. Lindrande skrin inneheld dei 4 viktigaste medikamenta som brukast til symptomlindring i livets slutfase. Det har også utstyr for administrasjon av desse medikamenta, ordinasjonsskjema med anbefalt dosering for dei ulike medikamenta og behandlingsanbefalingar for dei vanlegaste symptomta. Desse medikamenta er morfin (mot smerter), haloperidol (mot kvalme), midazolam (mot uro/angst) og glykopyrrolat (mot surkling). Desse medikamenta må vere ordinert som behovsmedisin av den behandlande legen før heimesjukepleia tar skrinet i bruk hos pasienten (Nordøy, et al., 2012, s. 2 kap 2).

3.5.2 Pasient – sjukepleiar – relasjonen i heimetenesta

Effektiv lindring av smerte og ubehag kan ofte bidra til at ein alvorleg sjuk pasient kan oppretthalde sin vitalitet og sine funksjonar heilt til det aller siste. God symptomlindring fører til mestring, og mestringsfølelse bidrar til at man taklar ubehag og smerte på ein betre måte. Eit av dei viktigaste etiske hensyn å ta i palliasjon er å lytte til pasienten si oppleving, og kva han ønskjer (Nortvedt P., 2012, ss. 196-198). Kommunikasjon er ein viktig del av lindrande behandling. Vi som sjukepleiar kan bidra til at den siste tida brukast til å avklare viktige ting. Ved å våge å gå inn i ein samtale om pasienten sin situasjon, hjelp ein ofte pasienten å setje ord på bekymringar eller tankar om det som ligg føre dei. Som regel har desse samtalane ein sterk personleg karakter, og kan synleggjere problema som pasienten strevar med, både av eksistensiell og praktisk karakter (Nordøy, et al., 2012, s. 68). Det at ein kan vere til stades i situasjonen ved å gje god fysisk og psykisk omsorg og ved å vere anerkjennande, inkluderande, akseptierende, tilgjengeleg og oppmerksam er avgjerande. Når ein som sjukepleiar gjer seg tilgjengeleg for eit menneske som skal dø, dreier omsorga seg ikkje så mykje om kva ein seier, men meir om samspelet mellom ein sjølv og den døande. Til liks med andre har også døande pasientar behov for å fortelje livshistoria og formidle sine verdiar (Kalfoss, 2011, s. 492).

Sjuepleiaren si oppgåve i dag dreier seg ikkje berre om pasienten si fysiske helse, men om å gjere livet til den enkelte pasient betre ved å auke livskvaliteten. Livskvalitet er eit sentralt begrep i EAPC og WHO sin definisjon av palliasjon. Mange pasientar beskriv sin livskvalitet i palliativ fase som god til tross for plagsame symptom. I ein slik traumatisk situasjon som langt komen kreft er, kan det tyde på at sjølv denne situasjonen kan føre til verdsetting av livet, moglegheita og sterkare tilknyting til andre (Lorentsen & Grov, 2011, s. 425). Det er alltid noko sjukepleiaren kan gjere for å betre eit menneske sin livskvalitet, uansett situasjon og framtidsutsikt. Med dette som utgangspunkt kan ein flytte merksemda bort frå problem og begrensingar og over på moglegheita og ressursar (Ribu, 2010, ss. 48-59). Ein sjukepleiar må ha kunnskap om kva som kan truge livskvaliteten til den enkelte pasient, og kva som kan styrkje den. Livskvalitet er eit sentralt og verdigfullt omgrep i sjukepleia og den flyttar merksemda bort frå diagnose og over til heile mennesket og den einskilde sitt liv. Slik merksemd vil kunne bidra til å ivareta det individuelle aspektet i sjukepleia (Fjørtoft, 2012, ss. 58-59).

4 Drøfting

4.1 Utskriving frå sjukehus til heimen

Sjukepleiar som kjem på seinvakt får rapport om ein ny pasient som kjem heim frå sjukehuset same ettermiddag. Før det første møte med pasienten må ein som sjukepleiar orientere seg om pasienten si sjukehistorie. I heimesjukepleia vil ofte første informasjon om ein ny pasient kome i ein rapportsituasjon. Ein vil då få eit bilete på pasienten sine diagnosar, sjukdomsforløp og pleie- og omsorgsbehov. Med rapporten kan ein kunne danne seg eit bilete av pasienten ut ifrå diagnosen. Ein fare er at ein kan gløyme at alle menneske er ulike som individ, og at opplevinga av sjukdom og lidning er forskjellig frå person til person. Ei slik tilnærming til pasienten meina vi kan vere utilstrekkeleg. Vi tenkjer at rapporten også må supplerast med ei samtale med pasienten for å kunne danne seg eit heilskapleg bilete (Kristoffersen, 2011, ss. 209-221). Vi har erfart at første møte er sentralt i etablering av eit godt samarbeid. Ved første heimebesøk er hovudoppgåva som sjukepleiar å kartlegge kva pasienten sitt behov er. Ved å bruke praksis og yrkeserfaringar vi har opparbeida oss kan vi sjå at ved å vere høfleg, roleg og audmjuk i møte med pasienten, kan bidra til at ein får eit godt samarbeid vidare.

4.2 Kartlegging av smerte

Når ein sjukepleiar skal kartlegge pasienten sine behov er det ein føresetnad at det er god kommunikasjon mellom sjukepleiar og pasient. Travelbee (2001) seier at gjennom kommunikasjon kan ein lære pasienten å kjenne for så å kunne fastslå og ivareta den enkelte pasient sine sjukepleiebehov. På den måten kan ein klare å oppnå sjukepleia sitt mål og hensikt (Travelbee, 2001, ss. 135-147). Dette har vi kunne sjå ved fleire tilfelle i praksis, der kjende sjukepleiarar berre ved eit augekast på pasienten har sett at pasienten har hatt plagar. Det å ikkje kjenne pasienten kan dermed i seg sjølv vere ei barriere for smertelindring.

Likevel er det så at ein som sjukepleiar må møte nye eller meir ukjende pasientar i heimetenesta. Ofte skjer det gjerne på seinvakter eller helgar der vi har mindre personale å spele på. For alvorlege sjuke er det derfor svært sentralt at vi som er på vakt er aktive i å identifisere, kartlegge og setje i gong tiltak retta mot plager pasienten kan ha. Lindring av plagsame symptom står sentralt i palliativ behandling (Rønning et al., 2007, s. 220). Vi tenkjer at som sjukepleiar må ein ha kunnskap om og bruke anbefalte verktøy for å kartlegge pasienten sine plager, fordi det bidreg til kvalitetssikring og dokumenterer våre observasjonar. Slike reiskap kan også vere nyttig når ein ikkje kjenner pasienten så godt.

Eit anerkjent verktøy er ESAS-r. Bruk av ESAS-r er anbefalt på nasjonalt plan, og skal vere måten å kartlegge symptom på hos pasientar i den palliative fasen (Helse Bergen, 2015). Helsedirektoratet

(2015), peikar på at systematisk, standardisert og nøyaktig kartlegging er ein føresetnad for å stille ein korrekt smertediagnose og er grunnlaget for god smertebehandling (Helsedirektoratet, 2015). Studiar har vist at den symptomlindrande behandlinga kan betrast ved ein systematisk symptomregistrering (Wilkie & Ezenwa, 2012). ESAS-r skjemaet har også fleire fordelar, da det kartlegg fleire symptom samstundes (Lorentsen & Grov, 2011, s. 412), noko som er ein fordel da palliative pasientar ofte har fleire plagar samstundes.

Vi har sjølv erfart manglande bruk av ESAS-r i vår praksis. På ei kveldsvakt fekk vi ein telefon frå ein pasient som hadde aukande smerter til tross for å ha tatt dei ekstra smertestillande ho hadde fått anbefalt av lege og primærjukepleiar i heimetenesta, tidlegare. Det var ikkje utført kartlegging ved hjelp av ESAS-r på denne pasienten siste veka. Her var kartlegginga slik vi kan sjå det i etterkant manglande. Om ein derimot hadde hatt rutine på å ta kartlegginga hyppigare, og alltid ved endring eller forverring av symptom, kunne ein ha fanga opp at pasienten hadde aukande smerter på eit tidlegare tidspunkt, og verksett tiltak tidlegare. Litteraturgjennomgangen i denne bacheloroppgåva har vist oss at ESAS-r kan vere eit godt reiskap når ein skal møte både kjende og ukjende pasientar i praksis.

Det er i fleire studiar kome fram at den symptomlindrande behandlinga betrast ved ein systematisk symptomregistrering. Det er likevell gjenteke gonger vist at det kan vere krevjande å få symptomregistreringa fram til behandlande lege. Det er og vist til at det i mange tilfelle er dårlege journal og kurvesystem som ikkje kan effektivt registrere slike data. Ein føresetnad for at det skal kunne bli tatt i bruk i klinisk praksis er at det blir ein del av den rutinemessige behandlinga og oppfølgingsrutinane ved ein kvar klinisk konsultasjon og vurdering (Kaasa & Loge, 2007, s. 80). Vi vurderer det slik at ein måte å auke bruken på kan vere å leggje det inn i det elektroniske journalsystemet som eit eige punkt. Standardisert framgangsmåte ved bruk av ESAS-r skjema kan redusere risikoen for feil og dermed auke den kliniske nytta av verktøyet, og dermed betre symptomlindringa for den enkelte pasient (Bergh et al., 2011).

Vidare har vi erfart i heimesjukepleia at det er vanleg å dele pasientane inn i primærgrupper etter kva fastlege dei har. Primærgrupper kan og vere ein måte å sikre ei god kartlegging av pasientane, ein viktig samarbeidspartnar i dette arbeidet er fastlegen. Fastlegen vil ha nytte av registreringa som eit reiskap og utgangspunkt for å vurdere symptom, problemområde og effekt av behandlinga. I følgje norske retningslinjer er ESAS-r standard for kartlegging av palliative pasientar (Helse Bergen, 2015). Likevel opplev vi i praksis at det ikkje alltid vert brukt. Vi vurderer det slik at om ESAS-r hadde vore standard i første heimebesøk/vurderingsbesøk hos nye kreftpasientar kunne vi ha fått ei rutine som tilsa at det vart brukt. Ein ville da kunne fanga opp endringane fortare og setje i gang tiltak utifrå

dette. Samtidig kan vi sjå at det er nyttig at pasientar som blir skrevet ut til heimen frå sjukehuset har utført ESAS-r der, då det kan vere ein faktor for at heimetenesta lettare følgjer med på utviklinga av symptom etter at pasienten kom heim.

Erfaringar frå vårt arbeid i heimesjukepleia viser også at det er ein fordel at det er same sjukepleiar som fyller ut ESAS-r i samarbeid med pasienten kvar gong. Dette fordi ein da lettare klarar å ha ein god kommunikasjon med pasienten. Travelbee seier at det er berre gjennom etablering av eit verkeleg menneske-til-menneske forhold at sjukepleiaren sitt mål og si hensikt kan oppnåas (Travelbee, 2001, ss. 135-147).

For å sikre at vi har forstått pasienten rett så er det viktig å gjenta kva vi har oppfatta. Bergh et al. (2011) peikar på at det ofte kan oppstå misforståingar ved utfylling av skjemaet. Mangel på informasjon og tilbakemeldingar frå sjukepleiar påverkar resultatet. Studien beskriv og at pasientar i nokre tilfelle skåra på måfå fordi dei ikkje forstod heilt korleis ESAS blei brukt og fortolka. Skjema bør derfor alltid gjennomgåast ilag med pasienten etter at ein er ferdig med utfyllinga, dette for å betre symptomlindring og styrkje bruken av skjema (Bergh et al., 2011). Bruken av smertekart for å kartlegge smerte er og eit godt verktøy for pasient og helsepersonell (Kaasa, 2007, s 291). Vår erfaring er at bruk av VAS og smertekart i kombinasjon med ESAS-r kan lette pasienten sine problem med å svare på spørsmåla. Da kan pasientane konkret peike på kor smerta er og klare å sette ein verdi på VAS. Vår meining er at om vi hadde fått ei rutine på at verktøya alltid blei brukt ilag, kunne vi ha oppnådd ei betre kartlegging og dermed betre smertelindring

Samstundes er det viktig å avklare både smertelokalisasjon, smertetype og smerteintensitet i tillegg til tidsaspekt, samt andre faktorar som påverkar smertebilete og opplevinga av smerte ved smertekartlegging (Bjørøgo, 2010, ss. 201-202). Viss pasienten til dømes skåra over 6 på VAS for smerte i bevegelse og over 3 på VAS for smerte i ro, er det ein sterk indikasjon for at noko må gjerast for å sikre lindring hos pasienten. Verdien gjev oss og ein indikasjon til å kartlegge nærare. Det er derfor gunstig å bruke kroppskart og be pasienten med eigne ord beskrive kva slags smerte han har, relatert til områda på kroppen han kjenner dei. Ut ifrå dette kan vi rangere, i samarbeid med pasienten kor dei verste smerta er lokalisert, korleis dei arta seg og kor lang tid pasienten har opplevd dei ulike smerta. Sånn kartlegging kan føre til at vi som sjukepleiar kan skilje ulike smertetypar. Det er essensielt å få tak i pasienten sine plager og vidareformidle opplysningane vi har fått gjennom kartlegginga til lege som deretter kan bidra med råd og ordinasjon av smertelindring. Effektiv lindring av smerter og ubehag kan ofte bidra til at ein alvorleg sjuk pasient kan oppretthalde sin vitalitet og sine funksjonar heilt til det aller siste. God symptomlindring fører til mestring, og

mestringsfølelse bidrar til at man taklar ubehag og smerte på ein betre måte (Nortvedt P. , 2012, ss. 196-198)

4.3 Tverrfagleg samarbeid, kvifor er den så viktig i den palliative fasa?

Vår erfaring er at ved palliativ pleie i heimen er det viktig med eit tverrfagleg team rundt seg. Behova til pasienten endrar seg fort og ein bør difor ha jamlege samarbeidsmøter. Kor ofte ein har møte vil kunne variere ut i frå behovet til pasient og pårørande. At aktuelle instansar er med meina vi er viktig for å ivareta heilheta rundt familien. Tverrfagleg samarbeid kan vere essensielt då dei involverte partane kan bidra til å leggje til rette for at pasient og pårørande skal komme i reelle vallsituasjonar i høve til kor pasienten kan vere den siste levetida. For å lykkast må det stillast krav både til organisering og samarbeid mellom ulike yrkesgrupper (Kirkevold & Ekern, 2001, s. 166).

På den andre sida er det oppmoda til at det bør vere færrest mogleg personar som deltek i den pasientretta behandlinga for å sikre kontinuitet og oversikt (Kirkevold & Ekern, 2001, s. 166). Vår erfaring er at for å oppretthalde kontinuitet er det avgjerande at det er ein koordinator og ein primærsjukepleiar på plass for kvar pasient. Som primærsjukepleiar må ein halde seg oppdatert på dei siste endringane, kva som har vore utfordrande og på kva som har fungert for pasienten. Utan eit slikt støtteapparat kan vi sjå at ein lett kan oversjå behova som kjem etter kvart som sjukdommen utviklar seg og pleiebehovet blir større.

Om pasienten ønskjer å vere heime den siste levetida treng han trygge rammer rundt seg. Dette kjem også fram i Johansson et al. (2008) si studie som understrekar at pasientens kjensle av tryggleik er avgjerande for å oppretthalde god livskvalitet (Johansson et.al, 2008). Ein anna føresetnad er også eit nært samarbeid mellom sjukehus og kommunehelsetenesta. For at samarbeidet mellom sjukehus og heimetenesta om pasienten skal vere vellykka er det essensielt med ein koordinator. Dette er viktig å tenkje på da pårørande opplever utilstrekkelig palliativ omsorg hovudsakleg grunna organisatoriske problem bland fagfolk (Neergaard et al., 2008).

Eit anna moment vi kan sjå er av avgjerande betydning er at pasientane veit kven dei kan kontakte til ei kvar tid. Neergaard et al.(2008) beskriv og at det er særst viktig å vite kven dei skal kontakte, spesielt på kveld, natt og i helgar (Neergaard et al., 2008). Ein pasient vi møtte i heimetenesta fekk mobilnummer til både fastlege, primærsjukepleiar og kreftkoordinator med beskjed om at dei kunne kontaktast heile døgnet. Vi opplevde at pasienten etter kvart fekk god tillit til helsetenesta. Tilbodet gav ein ekstra tryggleik for både ho og familien. Dersom ikkje pasienten hadde hatt denne moglegheita, kunne det ha blitt ein ekstra belastning. Konsekvensen hadde då vore at dei hadde måtte snakka med personar som ikkje kjende til deira situasjon og historie frå før. Dette kunne ført til at dei venta lengre med å søkje hjelp og støtte i vanskelege situasjonar. Ein studie løftar fram at i dei

tilfella fastlegen gav familiar sitt telefonnummer, følte dei seg tryggare. Familiane unngjekk å måtte bruke legevakt som gjerne ikkje kjende pasienten og situasjonen. Fastlegen si vilje til å ta heimebesøk på eiga initiativ blei høgt verdsatt. Det gav ein ekstra tryggleik for pasient og pårørande (Neergaard et al., 2008).

4.4 Smertelindring

Erfaringar vi har frå praksis og jobb i heimesjukepleia er at nokre pasientar er redd for å ikkje bli godt nok smertelindra mens andre igjen vegrar seg for å ta medikament. I følgje Nordøy et al. (2012) er smerter det symptomet pasient og pårørande fryktar mest (Nordøy, et al., 2012, s. 8). I tillegg kan ubehandla smerter gje mange sekundære problem. Difor er det essensielt at vi som sjukepleiarar arbeidar aktivt for å bidra til smertelindring. Dette er i tråd med retningslinjene for symptomlindrande behandling, der målsetjinga er at alle døande pasientar skal få god smertelindring (NFPM, 2007).

Ei utfordring vi møtte i møte med vår pasient var at ho vegra seg for å ta tilstrekkelig med opioidar. Årsaka var at pasienten følte at dei var sløvande og at ho blei kvalm. Resultatet var at ho hadde mykje smerter, blei sliten, samt plaga av kvalme som følgje av desse smertene. Slike barrierar er også identifisert i studiar. Pasientane fryktar biverknadar og ikkje alle er villige til å rapportere om smerter og symptom. Studien fortel oss at nokre pasientar kan underrapporter sine smerter og av den grunn ikkje oppnår optimal smertelindring (Wilkie & Ezenwa, 2012).

Primærsjukepleiar observerte gjennom kartlegging ved bruk av ESAS-r, VAS og smertekart at pasienten ikkje var godt nok smertelindra. Primærsjukepleiar tok da kontakt med lege og bad om eit heimebesøk same dag ilag med pasienten på bakgrunn av sine observasjonar. I dette møte kom det fram at pasienten ikkje hadde fått god nok informasjon om verknader og biverknader på dei ulike medikamenta. I følgje Bjørge (2010) er ein vanleg biverknad ved oppstart av opioidar kvalme. I 50% av tilfella er dette ein forbigåande fase. Den kan lindrast ved å gi medikament som haloperidol (Bjørge, 2010, s. 208). Men også ubehandla smerter gir sekundærproblem som til dømes kvalme. Ein blir også sliten og utilpass av å ha mykje smerter (Nordøy, et al., 2012). Ved at lege og sjukepleiar gav god informasjon om kva ubehandla smerter kan føre til, og kva ein kan oppnå med god medikamentell behandling fekk pasienten ein annan forståing av behandlinga. Gjennom informasjon til- og kommunikasjon med pasienten kunne lege og sjukepleiaren bidra til at pasienten fekk ei god smertelindring, noko som er i tråd med yrkesetiske retningslinjer for sjukepleiarar som understrekar at sjukepleiar skal gje tilpassa og forståeleg informasjon (Norsk sjukepleiarforbund, 2011). I Standar for palliasjon (2004) blir og tiltak som sikrar nødvendig informasjon, støtte og undervisning for å styrke pasienten si evne til eigenomsorg framheva som viktige.

Resultata etter samtala var ei raskt betring i smertelindring og livskvalitet, grunna god kommunikasjon mellom pasient, sjukepleiar og lege. I det nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorga (Helsedirektoratet, 2015) meiner dei at den overordna målsettinga for all palliativ behandling og pleie er å gi best mogleg livskvalitet for pasienten. Da er ferdigheiter i kommunikasjon spesielt viktig sidan livskvalitet er subjektivt og derfor berre kan kartleggast gjennom kommunikasjon med pasienten. God kommunikasjon vil etter vår erfaring også føre til at pasienten blir tryggare.

I tillegg til å informere om morfin, informerte også legen om laksantia til denne pasienten. I følge Kreftforeininga (Kreftforeningen, 2012, s. 33) er det veldig viktig å hugse på bruk av laksantia når ein begynner med opioid-behandling. Det er derfor viktig at sjukepleiar alltid har i minnet at når ein pasient startar på trinn 2 i smertetrappa, så skal laksantia alltid vere med. Forstopping er den mest hardnakka av alle morfinbiverknader. Observasjon av moglege biverknader av opioider er ein viktig del av sjukepleiaren si oppgåve. På dei ulike praksisstadane vi har vore på har det vore vanleg å registrerer når pasientar har avføring. Dette lar seg fint gjere også hos heimebuande, men da er informasjon viktig slik at dei også fører opp dette sjølv. Å føre ei sånn dagbok meiner også Kreftforeininga er lurt (Kreftforeningen, 2012, s. 33).

Seinare i forløpet til vår pasient observerte ein sjukepleiar at pasienten fekk hyppigare gjennombrotssmerter med behov for ekstra smertestillande. Gjennombrotssmerter er vanleg ved kreftutløyste smerter og har betydning for den vidare smertebehandlinga (Bjørgero, 2010, s. 197). Vår pasienten måtte ofte tilkalle heimesjukepleia utanom dei faste tilsyna for å få ekstra doser med smertestillande. I eit tidlegare samarbeidsmøte hadde ein snakka om bruken av smertepumpe. Pasienten var i utgangspunktet skeptisk til å få ei slik smertepumpe, da ho følte at den ville minne ho på at ho snart skulle dø. Det er vanleg at nokre pasientar vegrar seg for å ta i bruk smertepumpa da den gjev dei ein påminning om at dei har ein alvorleg sjukdom (Kreftforeningen, 2012, ss. 26-27).

Utifrå smertekartlegginga av vår pasient såg primærsjukepleiar at pasienten ikkje var tilstrekkeleg smertelindra på trinn 3 i smertetrappa. I følge Kreftforeininga (2012) er trinn 4 på smertetrappa det same som trinn 3, men forskjellen er at opioider blir gjeven subkutan eller intravenøst. Smertepumpe kan i enkelte tilfelle vere ei god form for administrasjon av smertelindring. Den gjer ein jamn fordelt dose av medikamentet over eit gitt tidsrom (til dømes over 24 timar). Slik administrasjon kan gjere at smertegjennombrøt kan unngåast (Bjørgero, 2010, s. 211). I tillegg er pumpa liten og nett og lett å ha med seg rundt, og bidreg på den måten til å oppretthalde aktivitet og sosialt liv. Heimebehandling med smertepumpe er blitt meir vanleg (Kreftforeningen, 2012, ss. 26-27).

Pasienten kjende og på at det var ein ulempe at heimetenesta måtte hyppig innom fordi ho vart bunden til heimen. Smertepumpa førte til at ho kunne bli mindre avhengig av bistand frå heimesjukepleia. Smertepumpa gav moglegheit for å redusere bistand frå heimetenesta til eit par gongar i døgnet, der sjukepleiar skifta sprøyta med legemiddelreservoar i smertepumpa, observerte innstikkstad for butterfly samt effekt og moglege biverknader av medikamenta. Ein anna fordel med smertepumpa var at akkurat denne pasienten sjølv kunne gje ekstra bolusdosar når ho hadde smertegjennombrot. I nokre tilfelle må helsepersonell hjelpe pasienten å administrere sin behovsmedisin.

Det er samtidig viktig å hugse på at ved hyppige smertegjennombrot der pasientar treng ekstra dosar, går dette av den totale døgndosen på pumpa. Ein må vere merksam på at ein da må skifte sprøyte i pumpa oftare. Erfaringar vi har gjort oss i heimesjukepleia er at pasientane har ein eigen butterfly som ein gir bolusdosar i. På denne måten unngår ein at det går av reservoaret i smertepumpa og pasienten treng difor ikkje vere redd for at den går tom før den skal.

På tross av sin skepsis prøvde pasienten smertepumpe. Smertepumpa viste seg å fungere godt for vår pasient. Resultatet beskrev ho som kjensle av mindre gjennombrotsmerte, meir aktivitet, mindre bunden til heimen og ikkje minst ein faktor til å oppretthalde sitt sosiale liv.

4.4.1 Smerte – og symptomlindring i livets slutfase

I livets slutfase kan ei god løysning vere at ein i heimetenesta har eit smerteskrin tilgjengeleg. I samtale med kreftkoordinator i kommunen fortalte ho at dei i enkelte tilfelle hadde tatt i bruk smerteskrin i den terminale fasa. Dette kan vere eit godt verktøy fordi ein alltid har tilgjengeleg smertelindrande/symptomlindrande legemidlar slik at det raskt kan gjevast ved forverring av symptom. Smerteskrin er primært utvikla for heimebuande pasientar i palliativ fase. Hensikta med dette skrinet er å ha tilgang på dei viktigaste medikamenta som lindrar dei vanlegaste plagene som kan oppstå (Nordøy, et al., 2012). Mange palliative team har tatt i bruk lindrande skrin for behandling av symptoma som til dømes smerte, dyspne, kvalme, angst og krampar. Det kan sjå ut som om dei blir brukt hos omlag 50% av pasientane, men vidare studiar er nødvendige for å fastslå faktisk bruk og utfall av eit slikt skrin (Wilkie & Ezenwa, 2012). I enkelte høve som til dømes på kveld, natt eller helg kan skrinet bidra til at ein unngår bruk av legevakt ved forverring av slike symptom. Om sjukepleiar da hadde hatt eit lindrande skrin tilgjengeleg kunne ein ha moglegheit til å få ei god symptomlindring i heimen utan å belaste pasienten unødig. Dette krev ifølgje Nordøy et al. (2012) god planlegging og det er ein føresetnad at den behandlande lege har ordinert alle medikamenta i skrinet som behovsmedisin på førehand (Nordøy, et al., 2012, s. 2 kap 2).

4.4.2 Mellommenneskelege forhold

Vi vurderer det slik at som sjukepleiar er samarbeid og tillit viktig i alle relasjonar mellom pasient, pårørende og helsepersonelle. Når det gjeld palliativ pleie i heimen, seier det seg sjølv at dette samspelet er heilt avgjerande for at pasientane skal kjenne seg ivaretatt på ein trygg og god måte. Neergaard et al. (2008) framhevar 3 aspekt som pårørende har sett på som avgjerande. Det er dei profesjonelle sine kunnskapar, deira åtferd og kommunikasjonsevner, og deira kontakt med pasienten og familien. Pårørende understrekar og at dei ønskjer at helsepersonell er meir aktive i å etablere personleg kontakt med familien (Neergaard et al., 2008). Å skape rom for dialog i møte med pårørende er avgjerande for at støttande prosessar skal oppstå. Frå pasienten sin ståstad visar ein studie at det å få vere heime å bli tatt vare på av familie og heimesjukepleia var av stor betydning for kjensle av sjølvstende og tryggleik (Johansson et al., 2008).

Eit anna viktig aspekt såg vi i møte med ein kvinneleg pasient med mindreårige born. Ho hadde god relasjon med sin primærsjukepleiar og i eit av deira møter kom dei inn på døden som tema. Pasienten og primærsjukepleiar snakka ein del om korleis ho kunne lage minnebøker og gjerne kunne skrive ned tankar og kjensler slik at borna kunne ta det fram seinare. Primærsjukepleiar foreslo at ho kunne skrive ein tale eller eit brev som borna kunne ta fram til viktige dagar som til dømes konfirmasjonsdagen. Dette syntes mor var ein god ide og var glad for at nokon hadde foreslått det. Om samspelet og tilliten til primærsjukepleiar ikkje var til stades, ville dette gjerne ikkje vore eit tema. Da kunne mor ha gått glipp av denne gode stunda der ho kjende at ho hadde noko meningsfullt å bidra med inn i framtida til sine born. For borna kunne dette vere ein god måte å bli minna på den gode tida dei hadde hatt med mor. Slik samspel blir og framheva i Travelbee (2001) sin teori om at sjukepleie er retta mot å førebyggje lidning, samt å hjelpe pasienten å finne mening i lidinga. Ein person opplever mening når han føler at han forsatt har verdi og betyr noko for andre (Travelbee, 2001, ss. 28-49).

Døande pasientar har og behov for å fortelje livshistoria si og formidle sine verdiar (Kalfoss, 2011, s. 492). Johansson et al. (2006) understrekar at livskvalitet ved livets slutt har ein stor betydning for pasienten. Det å kunne delta i det daglege sosiale liv er av stor betydning. Likeins er pasientane si oppleving av tryggleik og kommunikasjon med pleiarane viktig med tanke på livskvalitet (Johansson et al., 2006). Vi ser at i dømet over hadde primærsjukepleiar og pasient ein god samtale, det viser at pasienten er trygg på sjukepleiaren og at dei har ein god kommunikasjon seg imellom. I boka til Nortvedt står det at å lytte til pasienten si oppleving og hans ønskjer er eit av dei viktigaste etiske hensyna å ta i palliativ pleie (Nortvedt P. , 2012, ss. 196-198).

5 Konklusjon

I denne bacheloroppgåva har vi arbeida med temaet sjukepleiar si rolle knytt til smertelindring av palliative kreftpasientar som ønskjer å vere heime den siste tida. Vi har drøfta fleire faktorar som er avgjerande for at ein skal kunne gje god smertelindring i den palliative fasa.

Først og fremst har vi erfart at å jobbe med palliative pasientar er ein spesiell og audmjuk oppleving. Sjukepleiar treff pasientar og pårørande i ein sårbar og dyrebar situasjon. Når ein som sjukepleiar får ta del i desse pasientane sine siste dagar og timar i sine eigne heimar, må ein bremse opp litt og arbeide litt utanfor dei vante rutinane. Ein må tenkje over kva som er viktig og kva som er verdt noko i kvardagen, og desse stundene er prega av uforutsigbarhet og impulsivitet. Ein veit ikkje korleis dagen til pasienten er eller blir, ting kan snu så fort. Vi har brukt Joyce Travelbee ein god del i vår bacheloroppgåve, fordi vi synast at hennar teori om mellom menneskelege forhold er utruleg viktig i ein sjukepleiar sin yrkeskvardag. Vi har lært gjennom denne oppgåva at smertelindring er mykje meir enn medikamentell behandling.

Vidare kan vi sjå at om sjukepleiar skal kunne gjere gode observasjonar og setje i gang tiltak innan for smertelindring må ein bruke gode kartleggingsverktøy. Kunnskap om bruk av ESAS-r i kombinasjon med VAS og smertekart vil betre moglegheita til at sjukepleiar kan kunne gjere gode vurderingar og evalueringar av smertebehandlinga. Vidare er det like viktig at sjukepleiar får formidla observasjonar og kartlegging til behandlande lege. På denne måten kan ein få ein rask iverksetting av tiltak for å oppretthalde god smertelindring for pasienten. For å oppnå dette kan eit eige punkt for registrering av kartlegging og observasjonar i det elektroniske journalsystemet vere ei løysning. For å kunne gje god palliativ pleie i heimen er eit godt tverrfagleg samarbeid ein føresetnad.

Vi har gjennom denne oppgåva lært at ei god smertelindring kan vere avgjerande for korleis pasienten oppfattar sin situasjon og livskvalitet. Sjukepleiar sine observasjonar, kommunikasjon og relasjon med pasient og pårørande må sjåast i samanheng til kvarandre. Det er viktig at vi som sjukepleiarar held oss fagleg oppdatert innan for fagfeltet palliasjon for å kunne yte god palliativ pleie.

6 Litteraturliste

- Bergh, I., Kvalem, I. L., Aass, N., & Hjermstad, M. J. (2011). What does the answer mean? *Palliative Medicine*(25), ss. 716-724. doi:10.1177/0269216310395985
- Bjørgero, S. (2010). Smerte og smertebehandling. I A. M. Reitan, & T. K. Schjøllberg (Red), *Kreftsykepleie* (ss. 194-213). Oslo: Akribe Forlag AS.
- Dalland, O. (2014). *Metode og oppgaveskriving* . Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Eide, T., & Aadland, E. (2014). *Etikk-håndboka*. Oslo: Kommuneforlaget AS.
- Fjørtoft, A.-K. (2012). *Hjemmesykepleie*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Helse Bergen. (2015, februar 16). *ESAS symptomregistrering*. Henta frå <http://www.helsebergen.no/no/OmOss/Avdelinger/klb/praktisk-palliasjon/Sider/esas-symptomregistrering.aspx>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2008-2009). *Samhandlingsreformen. (St. meld. nr. 47)*. Henta frå <https://www.regjeringen.no/nb/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009-/id567201/?docId=STM200820090047000DDDEPIS&ch=1&q=>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2013). *Sammen- mot kreft*. Oslo: Departementet.
- Helse- og omsorgstenesteloven. (2011). *Lov om kommunale Helse- og omsorgstenester*. Henta frå https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30#KAPITTEL_3
- Helsedirektoratet. (2015). *Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen*. Oslo: Helsedirektoratet. Henta frå <http://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/palliasjon/innhold>
- Høgskulen i Sogn og Fjordane. Avdeling for helsefag. (2012). *Etiske retningslinjer for studentarbeid*.
- Johansson, C. M., Axelsson, B., & Danielson, E. (2006). Living with incurable cancer at the end of the life- patients perceptions on quality of life. *Cancer Nursing*, 29(5), ss. 391-399.
- Johansson, C. M., Odling, G., Axelsson, B., & Danielson, E. (2008). The meaning of quality of life-narrations by patients with incurable cancer in palliative home care. *Palliative and Supporting Care*(6), ss. 231-238. doi:10.1017/S1478951508000370

- Kaasa, S. (2007). Smertediagnostikk. I S. Kaasa, *Palliasjon* (ss. 285-310). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Kaasa, S., & Borchgrevink, P. C. (1998). Definisjon og klassifikasjon av smerte. I S. Kaasa, *Palliativ behandling og pleie* (ss. 293-304). Oslo: Ad Notam Gyldendal AS.
- Kaasa, S., & Loge, J. H. (2007). Diagnostikk innen palliasjon - en generell innføring. I S. Kaasa, *Palliasjon* (ss. 75-88). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Kalfoss, M. H. (2011). Møte med lidende og døende pasienter - sykepleierens møte med seg selv. I H. Almås, D. G. Stubberud, & R. Grønseth, *Klinisk sykepleie 2* (ss. 475-497). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Kirkevold, M., & Ekern, K. S. (2001). *Familien i sykepleierfaget*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Kreftforeningen. (2012). *Morfin og kreft - informasjon til helsepersonell, pasient og pårørende*. Oslo: Kreftforeningen.
- Kreftforeningen. (2015). Å dø hjemme erfaringer og muligheter. Kreftforeningen.
- Kreftregisteret. (2015). *Fakta om kreft*. Henta frå <http://www.kreftregisteret.no/no/Generelt/Fakta-om-kreft-test/>
- Kristoffersen, N. J. (2011). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, & E. A. Skaug, *Grunnleggende sykepleie Bind 1* (ss. 207-280). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- KS. (2012). *En naturlig avslutning på livet*. KS. Henta frå http://www.ks.no/PageFiles/27782/R7543%20KS%20En%20naturlig%20avslutning%20p%C3%A5%20livet%20_Sluttrapport.pdf.
- Lorentsen, V. B., & Grov, E. K. (2011). Generell sjukepleie ved kreftsjukdommer. I H. Almås, D.-G. Stubberud, & R. Grønseth, *Klinisk sjukepleie 2* (ss. 401-431). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Neergaard, M. A., Olesen, F., Jensen, A. B., & Sondergaard, J. (2008, Januar 15). *Palliativ care for patients in a primary health care setting*. doi:10.1186/1472-684X-7-1
- NFPM. (2007). *Retningslinje for symptomlindrende behandling*. Norsk forening for palliativ medisin.
- Nordøy, T., Svensen, R., Johansen, M., Bultink, M. B., Ervik, B., Aasebø, U., . . . Boge, J. (2012). *Håndbok i lindrende behandling*. Tromsø: Lindring i nord.
- Norsk sjukepleiarforbund. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sjukepleiare*. Henta frå NSF: www.nsf.no/ikbViewer/Content/785285/NSF-263428-v1-YER

- Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L. V., & Reinart, L. M. (2013). *Jobb kunnskapsbasert !* Oslo: Akribe AS.
- Nortvedt, P. (2012). *Omtanke*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Norås, I. L. (2010). Kreftsjukepleie i heimen. I A. M. Reitan, & T. K. Schjøllberg, *Kreftsjukepleie* (ss. 331-350). Oslo: Akribe AS.
- Ribu, L. (2010). Livskvalitet. I A. M. Reitan, & T. K. Schjøllberg, *Kreftsykepleie* (ss. 48-59). Oslo: Akribe Forlag AS.
- Rønning, M., Strand, E., & Hjermstad, M. J. (2007). Palliativ behandling utenfor sykehus-hjemmesykepleien. I S. Kaasa, *Palliasjon* (ss. 213-227). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Standard for palliasjon. (2004). *Norsk forening for palliativ medisin*. Henta frå <http://legeforeningen.no/spesial/Norsk-forening-for-palliativ-medisin/Veiledere/standard-for-palliasjon/>
- Travelbee, J. (2001). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Wilkie, D. J., & Ezenwa, M. O. (2012). Pain and symptom management in palliative care and at end of life. *Nursing Outlook*, ss. 357-364. doi:10.1016/j.outlook.2012.08.002

Vedlegg 1.

21. mai 2015 kl. 23.15 skrev Tina Karin Solvang <tinakarin@live.no>:

Hei.

Vi er to damer som skriver en Bachelor i sykepleie. Vi har valgt temaet smertelindring hos den alvorleg sjuke kreftpasienten.

I den forbindelse lurer vi på om det er greit at vi bruker sangen "Eg Ser" som et forord til oppgåva. Den passer helt perfekt med sin sanne og samtidig triste tekst.

Vi holder nå på med finpussen og skal levere 29.05.15.

Mvh Tina og Torill

Hei Tina og Torill.

Det er helt i orden!

Og send oss gjerne en pdf av oppgaven på mail når dere har den klar:-)

Lykke til med innspurten!

Alt godt,
Marian Lisland
Quint as
tlf: +47 93 64 07 54

Vedlegg 2.

Hei Tina og Torill

Flott at dere kan bruke vårt materiell i oppgaven deres. Vas-skalaen er jo et kjent verktøy i smertebehandling og det er helt greit at dere limer inn bilde fra vår brosjyre.

Lykke til med oppgaven!

Dere er velkommen til å kontakte oss igjen.

Med vennlig hilsen Kreftlinjen.

Tove Nyenget

Rådgiver/Kreftsykepleier

.....

Tlf Kreftlinjen 80048210 eller 800 57338/800KREFT E-

post: kreftlinjen@kreftforeningen.no eDialog på

www.kreftforeningen.no

Sms: kodeord "Kreftlinjen" og spørsmål til 1980

Våre åpningstider er: Mandag-torsdag 09.00-20.00, fredag 09.00-15.00