

EKSAMENSINNLEVERING

Emnekode: SYKSB 3001

Emnenavn: Sykepleie, forskning og fagutvikling –
Bacheloroppgave

Eksamenstype: Hjemmeeksamen

Leveringsfrist: 27. april 2017 kl. 14.00

Kandidatnummer: 323

Veileder: Gjertrud Husøy

”Smertelindring til pasienter med kreft i palliativ fase i hjemmet”



Geriatric care. [Photography]. Retrieved from Encyclopædia Britannica ImageQuest.

http://quest.eb.com/search/132_1226951/1/132_1226951/cite

Utdanning: Bachelorgrad i sykepleie

Avdeling: Høgskulen på Vestlandet – Stord 2017

Kull: 2014

Antall ord: 8983

Sammendrag

Tittel: ”Smertelindring til pasienter med kreft i palliativ fase i hjemmet”

Bakgrunn: Antallet av krefttilfeller i Norge øker for hvert år, dette skyldes at befolkningen stadig blir eldre og flere. Flere med uhelbredelig og fremskreden kreftsykdom ønsker å tilbringe den siste tiden rundt familie og venner. Dermed får pasienten behov for palliativ sykepleie i hjemmet. Smerter er de vanligste symptomene ved kreftsykdom, og i den palliative fasen kan smertene være utholdelige og utmattende uten rett smertebehandling.

Hensikt: Oppgavens hensikt er å belyse viktige faktorer som kan bidra til å oppnå smertelindring i høyest mulig grad til hjemmeboende kreftpasienter som bor i hjemmet. Det kan være store utfordringer å forstå en annens persons smerteopplevelse, og jeg ønsker å peke på hvordan sykepleier arbeider for å gi en best mulig smertelindring, samt forutsetninger for palliativ sykepleie i hjemmet.

Problemstilling: Hvordan kan sykepleier bidra til at pasienter med kreft i palliativ fase som bor i hjemmet opplever smertelindring i størst mulig grad?

Metode: I oppgaven er det brukt litteraturstudie som metode. Relevant litteratur og forskning er samlet inn gjennom søk i databaser. Det har blitt gjort gjennomgang av forskning og teori for å finne det som var relevant for å svare på problemstillingen.

Resultat: Forskning viser at for å oppnå en optimal smertelindring må elementer som god organisering, gode rutiner, kunnskap og kompetanse være tilstede. Når sykepleier har god kunnskap rundt sykdommen, medikamentene og pasienten bidrar dette til en bredere forståelse, og ønsker og behov blir ivaretatt. Gode kartleggingsrutiner av smertene, samt en kombinasjon av medikamentell og ikke-medikamentell smertebehandling gir mest smertelindrende effekt. Relasjonen mellom sykepleier, pasient og pårørende står sentralt.

Konklusjon: Sykepleierens kunnskaper og kompetanse kan bidra til at smertelindringen blir bedre. Viktige oppgaver er å kunne kartlegge smertene, for videre evaluering og oppfølging av smertelindrende tiltak. Samtidig bør sykepleier ha evnen til å bygge et menneske-til-menneske forhold og en god relasjon. Dette bygges på all interaksjon sykepleier har med pasient og pårørende, gjennom holdninger og kommunikasjon.

Nøkkelord: Smertelindring, palliasjon, kreft, hjemmesykepleie

Abstract

Title: “Pain relief for patients at home with cancer in palliative phase”

Background: The number of cancer cases in Norway is increasing for each year, due to the fact that the population is still getting older and larger. Several with incurable and advanced cancer disease want to spend the last time around family and friends. This gives the patient the need for palliative nursing at home. Pain is the most common symptom of cancer, and in the palliative phase, the pain can be unbearable and exhausting without proper pain treatment.

Aim: The purpose of the study is to highlight important factors that can help achieve pain relief to cancer patient living at home. There may be major challenges in understanding someone else’s pain experience and I want to point out how nurses work to provide the best pain relief, as well as the prerequisites for palliative nursing at home.

Research question: How can nurses help patients with cancer in palliative phase that lives at home to experience pain relief as much as possible?

Method: In the thesis, literature study is used as a method. Relevant literature and research are collected through searches in databases. There has been a review of research and theory to find what was relevant to answer the issue.

Findings: Research shows that in order to achieve optimal pain relief, elements such as good organization, good practices, knowledge and skills must be present. When the nurse has good knowledge of the disease, the drugs and the patient, this contributes to a broader understanding and wishes and requirements are taken care of. Good mapping routines as well as a combination of drug and non-drug pain treatment provides the most pain relieving effect. The relationship between the nurse, patient and relatives is central.

Conclusion: The nurse’s knowledge and skills can help improve pain relief. Important tasks are to map the pain for further evaluation and follow-up pain relief measures. At the same time, nurses should have the ability to build a human-to-human relationship. This is based on all interaction nurses have with the patient and relatives, through attitudes and communication.

Keywords: Pain relief, palliation, cancer, home nursing

Innholdsfortegnelse

1	Innledning	1
1.1	Bakgrunn og hensikt	1
1.2	Mål	1
1.3	Problemstilling.....	2
1.4	Avgrensinger	2
1.5	Begrepsavklaring	2
2	Teori.....	3
2.1	Joyce Travelbee sin sykepleieteori om mellommenneskelige forhold i sykepleie	3
2.2	Kreft	4
2.3	Smerter	4
2.3.1	Kartleggingsverktøy	5
2.3.2	Kreftsmertesmerter	5
2.4	Palliasjon i hjemmet.....	7
2.5	Lovverk	8
3	Metode	9
3.1	Litteraturstudie.....	9
3.2	Fremgangsmåte.....	9
3.3	Etiske overveielser	11
3.4	Metodekritikk	12
3.4.1	Kritisk vurdering av forskningsartikler	12
4	Resultat	14
4.1	Oppsummering av hovedfunn i forskningsartikler	14
4.2	Presentasjon av forskningsartikler	14
5	Drøfting.....	18
5.1	Palliativ sykepleie i hjemmet.....	18
5.2	Smertelindring	20
5.2.1	Kartlegge smerter	20
5.2.2	Medikamentell smertelindring	21
5.2.3	Ikke-medikamentell smertelindring.....	23
5.3	Pårørendes bidrag og opplevelse	23
5.4	Sykepleierens kunnskap og kompetanse	24
5.5	Konklusjon	25

Referanseliste	27
Vedlegg	29
Vedlegg 1 – Resultattabell.....	29
Vedlegg 2 – Visual Analog Scale (VAS).....	32
Vedlegg 3 – Edmonton Symptom Assessment System (ESAS).....	33

1 Innledning

1.1 Bakgrunn og hensikt

Det ble registrert 32 592 nye krefttilfeller i Norge i 2015. Risikoen for å bli rammet av kreft øker med alderen. Av alle dødsfallene i Norge, var om lag 23% forårsaket av kreft. Antallet krefttilfeller i Norge øker for hvert år. Økningen skyldes i hovedsak at befolkningen blir eldre, og vi blir flere (Kreftregisteret, 2015).

Bakgrunn for valgt pasientfokus i oppgaven er at gjennom ulike praksiser på sykehus, hjemmesykepleie og sykehjem har jeg møtt pasienter med kreft i flere forskjellige stadium. Noe som har satt størst spor i meg er pasienter med uhelbredelig og fremskreden kreft som ønsker å tilbringe den siste tiden i hjemmet rundt familie og venner. Jeg har reflektert mye over utfordringer som kommer med dette. Det er kjent at sterke smerter er svært vanlig ved kreftsykdom samtidig at pasienter ofte har sterke smerter i palliativ fase. Med denne oppgaven vil jeg finne ut av hvordan sykepleier kan bidra til at den siste tiden ikke vil være preget av smerter for å få en best mulig avslutning på livet. Dette innebærer for det første forutsetninger for at pasienten kan bo i hjemmet den siste tiden, og hvordan sykepleier arbeider mot å gi en optimal smertelindring. Med dette tenker jeg at sykepleierens kunnskap og kompetanse står sentralt, og ikke minst pårørende som viktige ressurspersoner. Når en vet at en har en viss tid igjen å leve mener jeg at dette skal være en tid for å skape gode minner preget av positive opplevelser med de man er glad i. Sykepleier vil dermed ha et stort ansvar og rolle i arbeidet med å bidra til en optimal smertelindring i denne tiden, da erfaringer viser at sterke smerter kan bidra til negative opplevelser og ensomhet. Med denne oppgaven kan det settes lys på og formidle hvordan, og hvilken sykepleie som bidrar til at pasienter med kreft i palliativ fase som bor i hjemmet oppnår høyest grad av smertelindring.

1.2 Mål

Målet med oppgaven er å finne frem til hvilken sykepleie som er best for denne pasientgruppen. Samtidig belyse denne delen av sykepleie, fordi kreft er noe nesten alle har en eller annen form for relasjon til. Pasientgruppen finnes i alle aldre og begge kjønn, og vi møter de i flere omstendigheter, både på sykehus, sykehjem og hjemmesykepleie. Jeg vil bruke tidligere forskning og relevant litteratur rundt dette tema for finne frem til hva som gir smertelindring i høyest grad, slik at andre sykepleiere, sykepleierstudenter, helsefagarbeidere

og flere kan bruke viktige funn, dermed utøve god og hensiktsmessig sykepleie til denne pasientgruppen.

1.3 Problemstilling

Hvordan kan sykepleier bidra til at pasienter med kreft i palliativ fase som bor i hjemmet opplever smertelindring i størst mulig grad?

1.4 Avgrensinger

Palliativ sykepleie og kreft er et stort tema med mange elementer som kan belyses. For å avgrense oppgaven med tanke på ordbegrensninger, vil fokuset være på pasienter med ulike kreftsykdommer med uhelbredelig kreft og som ønsker å tilbringe siste tid i hjemmet. Det er fokus på voksne/eldre i begge kjønn. Sykepleien vil være rettet mot smertene til denne pasientgruppen, og hvordan sykepleier kan bidra til en god siste tid i hjemmet. Sentrale elementer er hvordan sykepleier kartlegger, iverksetter tiltak og arbeider for å gi adekvat og hensiktsmessig sykepleie. Pårørende vil spille en stor rolle, da de i stor grad avhenger om pasienten kan bo hjemme eller ikke. Sentralt er også kunnskap og kompetanse sykepleier har om dette tema.

1.5 Begrepsavklaring

Smerte → opplevelse som er ubehagelig sensorisk og emosjonell som følge av faktisk eller potensiell vevsødeleggelse. Det er en sammensatt opplevelse og påvirkes av en rekke faktorer (Berntzen, Danielsen & Almås, 2010, s. 357).

Kreft → En feil i cellene, som gjør at de deler seg ukontrollert, og ikke utfører de oppgavene friske celler ellers ville ha gjort. Opphoping av kreftceller i et organ danner en kreftsvulst (Lorentzen & Grov, 2010, s. 402).

Palliativ fase → Når pasienten ikke lenger har nytte av helbredende behandling, endres målet for den medisinske behandlingen og sykepleien mot livsforlengelse, symptomlindring og best mulig livskvalitet (Lorentzen & Grov, 2010, s. 425).

Hjemmesykepleie → Helsehjelp, herunder pleie og omsorg, som utføres av profesjonelle til en pasient og dennes pårørende i pasientens eget hjem. Hjemmesykepleie dekker en vid skala av oppgaver, fra besøk som har en ren forebyggende funksjon, til rehabilitering og terminal/palliativ pleie (Birkeland & Flovik, 2014, s. 15).

2 Teori

2.1 Joyce Travelbee sin sykepleieteori om mellommenneskelige forhold i sykepleie

Joyce Travelbee (1999, s. 29) beskriver sykepleie slik:

”Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktikeren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse og om nødvendig å finne mening i disse erfaringene.”

Ved hvert møte sykepleier har med den hun har omsorg for foregår det en form for kommunikasjon, når det foregår samtaler og når de er tause. Kommunikasjonen går gjennom atferd, holdninger, ansiktsuttrykk, manerer og gester fra den syke og sykepleieren. For å etablere menneske-til-menneske forholdet og oppnå sykepleierens mål og hensikt innebærer dette all interaksjon som sykepleieren har med den syke. Den anledningen sykepleieren har til å bli kjent med pasienten som menneske å bestemme og ivareta hans behov. Sykepleieren bør forstå hva pasienten kommuniserer, for så å bruke den informasjonen til å planlegge sykepleietiltak (Travelbee, 1999, s. 135).

Smerter er et problem for den syke som blir utsatt for denne erfaringen, også for de som prøver å lindre og arbeide med den syke som lege og sykepleier. Smerter lar seg ikke observere, en kan bare registrere virkningen av dem. Det kan være umulig å formidle en fullstendig smerteerfaring til et annet menneske, da kan det også være vanskelig å vurdere graden av smerteerfaringen til den syke. En bygger seg kanskje på visse oppfatninger om smertene, men en kan aldri være helt sikker på om en vurderer smertenens intensitet riktig (Travelbee, 1999, s. 112). Den individuelle reaksjon på smerte bestemmes av mange faktorer. Innlysende faktorer er smertens årsak, varighet og intensitet. En person som har uhelbredelig kreft vil reagere annerledes enn en person med smerter etter en blindtarmsoperasjon. Reaksjonene vil være annerledes på den som vet at han skal leve med smerter resten av livet, enn den som vet at de går snart over. Eftervirkninger av smerter som tretthet og utmattelse vil gjøre at den syke trenger tid til å komme seg etter erfaringene. Også angst kan være en stor ettervirkning av smerter. Angst for nye og voldsomme angrep med smerte (Travelbee, s. 113). Travelbee (1999, s. 115) fremhever med dette at uansett reagerer

et menneske på smerte på sin unike måte, og sykepleier må godta personens opplevelse av situasjonen for å finne måter og hjelpe vedkommende på.

Menneske-til-menneske forholdet bygges gradvis på all kontakt sykepleieren har med den hun har omsorg for. Forholdet kommer ikke av seg selv, men det bygges opp dag for dag da sykepleieren samhandler med den syke og andre, og sykepleieren må vite hva hun tenker, føler, gjør og erfarer. Et menneske-til-menneske forhold gjør det mulig å hjelpe et individ eller en familie med å forbygge og mestre sykdom og lidelse. Dette er viktige faktorer i sykepleierens mål og hensikt i utøvelsen av sykepleie (Travelbee, 1999, s. 171).

2.2 Kreft

Kroppen består av milliarder av celler. De fleste cellene formerer seg ved deling. Ved kreft har det oppstått en feil slik at celler deler seg ukontrollert og ikke utfører de oppgavene friske celler ellers ville ha gjort. Etter hvert som kreftcellene fortsetter å dele seg, skjer det en opphoping av kreftceller i organet der den ukontrollerte veksten startet. Dermed dannes det en kreftsvulst. Det kan ta opptil 20 år fra en feil ved celledeling skjedde første gang, til en svulst er stor nok til å bli oppdaget, andre ganger går utviklingen raskt. Behandlingen av kreftsykdommen kan ha kurativ eller palliativt siktemål. Pasientens mål og ønsker kan være å bli helt frisk, eller endres til å være smertefri, å oppleve en spesiell begivenhet (Lorentzen & Grov, 2010, s. 402).

2.3 Smerter

Smerte er når sansereaksjoner, kognitive funksjoner og emosjonelle funksjoner blir sammensatt. Ved smerte aktiveres det sensoriske nervesystemet og i noen tilfeller også det autonome nervesystemet. Smerte er et symptom og ikke en sykdom. Smerteopplevelsen vil variere fra menneske til menneske fordi det perifere og sentrale nervesystemet reagerer på smertestimuli med individuell styrke. Før signalene fra smerten når hjernen blir den utsatt for hemmende mekanismer, som varierer hos alle mennesker, dermed er smerteopplevelsen helt unik for hvert individ. På bakgrunn av dette vil det være vanskelig å sammenlikne smerte mellom ulike individer og utvikle gode måleobjekter (Bjørge, 2010, s. 194).

Smerter er lite tilgjengelig for andres kontroll siden opplevelsen er subjektiv. Beskrivelser av smerter til andre personer blir dermed ofte ufullstendige, fordi det er bare den som kjenner de som vet nøyaktig intens og varighet. Dermed blir den som opplever smertene i forstand alene med smertene, som kan gi opphav til ensomhet og sorg med smertene. Dersom den som skal

lindre smertene ikke klarer å oppfatte beskrivelsene av smertene, kan ensomheten og hjelpeløsheten forsterkes (Berntzen et al., 2010, s. 357).

2.3.1 Kartleggingsverktøy

En viktig sykepleieroppgave er å kartlegge å vurdere smerter som pasienten opplever, det er også en avgjørende forutsetning for at pasienten kan få tilfredsstillende smertelindring. Under kartleggingsprosessen trenger sykepleieren informasjon om smertens lokalisasjon, kvalitet, intensitet, variasjon og varighet. Pasienten blir også bevisst på hvilke forhold som lindrer smertene, og hva som forsterker dem ved bruk av smertekartlegging (Berntzen et al., 2010, s. 362). Når det blir utført en grundig og nøyaktig kartlegging av pasientens smerter danner det et tydelig bilde av smertene, og er bakgrunnen for å planlegge, iverksette og evaluere en systematisk og individuelt tilpasset smertebehandling (Berntzen et al., 2010, s. 363).

Det er vanskelig å formidle smerten. For å kunne få et mer nøyaktig bilde på smertens intensitet er en visuell analog skala (VAS) et godt kartleggingsverktøy. Pasienten krysser helst selv på en 10 cm lang, rett linje, 0 betyr ingen smerte og 10 betyr uutholdelige smerter. VAS-skala gir et øyeblikksbilde av smertene til pasienten, og når angivelser på 3 cm eller mer, bør det startes smertelindrende behandling (Bjørgero, 2010, s. 201). Når en bruker VAS får en fremdringer i smerteintensiteten mellom to tidspunkter, og gir dermed svar på behandlingseffekt (Bjørgero, 2010, s. 202). (Se vedlegg 2)

For å få en vurdering og oversikt på vanlige symptomer hos palliative kreftpasienter er Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) et godt kartleggingsverktøy. ESAS registrerer vanlige symptomer som slapphet, smerter, døsighet, kvalme, matlyst, tung pust, angst og depresjon. En kan også synliggjøre andre plager som obstipasjon eller munntørrehet. For å gradere symptomene, setter pasienten helst, eller en hjelper som er godt kjent med skjema, som sykepleier eller pårørende en ring rundt et tall mellom 0 og 10. Her er også 0 ingen plage, og 10 er verst tenkelige plage. Blir scoren mer enn 3 bør det vurderes mer kartlegging og videre tiltak (Iversen, 2012). (Se vedlegg 3)

2.3.2 Kreftsmarter

Smerte er den kreftrelaterte plagen som er mest fryktet. Smerter forekommer hos 40-50% av pasientene, og ved langt kommen kreftsykdom angir 70-80% at de har behandlingskrevende smerte. Pasienter med framskreden sykdom har oftest sterkere smerter enn de med et kortere sykdomsforløp. Begrepet kreftsmarter kan gi inntrykk av at pasienter med kreft bare kan ha en type smerter, og at behandlingen kan standardiseres, dette er ikke tilfellet. Pasienter med kreft

har ofte flere typer smerte samtidig, noe som kan kreve svært forskjellig behandling eller kombinasjonsbehandling. Smertebehandlingen er stort sett medikamentell, men kombineres ofte med ikke-medikamentell behandling (Lorentsen & Grov, 2013, s. 407).

Den medikamentelle behandlingen utgjør mer en 95% av behandlingen hos pasienter med kreftsmarter. Når ikke-opioide analgetika som NSAIDS og paracetamol gir nok tilfredsstillende smertelindring, skal det snarest skiftes til sterkere opioider som for eksempel morfin. Morfin vil ikke gi psykiske ”kick” hos en smerteplaget kreftpasient, dermed trenger en ikke å være redd for misbruk eller avhengighet (Bjørøgo, 2010, s. 204).

Det er utarbeidet retningslinjer for behandling av kreftsmarter av Verdens helseorganisasjon (WHO) og Society for the Study of Pain (IASP). Det er en smertetrapp som brukes som et hjelpemiddel for standardiseringen av behandlingen. Den består av tre trinn med peroral behandling, samt et fjerde trinn for parenterale eller invasive behandlingsformer. Trinnene innebærer hvilke smertelindrende medikamenter som skal brukes (Bjørøgo, 2010, s. 204).

Trinn 1 – ikke-opioide analgetika

Består av svakere ikke-opioider som NSAIDs og paracetamol. Disse preparatene har liten toleranseutvikling og en virketid på 4-6 timer. Denne legemiddelgruppen har både perifere og sentrale angrepspunkter. Ulempen med legemiddelgruppen er at den korte virkningstiden kan gi dårlig nattes søvn, samt at den må tas hyppig og skal helst ikke brukes over for lang tid (Bjørøgo, 2010, s. 205).

Trinn 2 – kombinasjonspreparater

Består av ikke-opioid som for eksempel paracetamol kombinert med et svakt opioid som for eksempel kodein. Det utvikles ikke samme toleranse her, og en vanlig bivirkning som obstipasjon kan forekomme etter en tids bruk (Bjørøgo, 2010, s. 205).

Trinn 3 – sterke opioider

I Norge har man sterke opioider som morfin, keteobemidon, fentanyl, oksykodon, hydromorfon, metadon og petidin. Ved bruk av disse medikamentene, vil smertes transmisjonen i sentralnervesystemet hemmes. De mest vanlige bivirkningene er kvalme, sedasjon (døsighet, søvnig, avslappet), svimmelhet, hallusinasjoner, respirasjonsdepresjon. Bivirkningene er doseavhengige, og kommer ofte mye ved oppstart, men kan forsvinne etter

noen dager. Det skal startes med laksantia regime sammen med sterke opioider, da obstipasjon er en svært vanlig bivirkning (Bjørgero, 2010, s. 206).

Trinn 4 – transdermal og invasiv behandling

Gjelder for den gruppen pasienter som av forskjellige årsaker ikke kan behandles med perorale legemidler, samt pasienter med kvalme og oppkast forårsaket av sykdommen eller behandlingen. Legemidlene kan da gis subkutan, intravenøs infusjon og smerteplaster (Bjørgero, 2010, s. 210).

2.4 Palliasjon i hjemmet

Helsedirektoratet (2015) definerer palliasjon slik:

“Palliasjon er aktiv behandling, pleie og omsorg for pasienter med inkurabel sykdom og kort forventet levetid. Lindring av pasientens fysiske smerter og andre plagsomme symptomer står sentralt, sammen med tiltak rettet mot psykiske, sosiale og åndelige/eksistensielle problemer. Målet med all behandling, pleie og omsorg er best mulig livskvalitet for pasienten og de pårørende. Palliativ behandling og omsorg verken fremskynder døden eller forlenger selve dødsprosessen, men ser på døden som en del av livet.”

Når en pasient vil tilbringe den siste tiden hjemme er det nødt til å være en uformell omsorgsperson i hjemmet. Dette er ofte ektefelle eller voksne barn. Flere vil vegre seg for å legge en så tung byrde på omsorgspersonen, men det er viktig å forsikre pårørende og pasient om at hjemmesykepleie skal bidra med veldig mye å skreddersy en individuell plan etter behov og ønsker, samt ha tett kontakt og samarbeid med sykehus. Pårørende er viktige personer i denne fasen, å kan tilby og stille opp med mye (Birkeland & Flovik, 2014, s. 96).

En sentral faktor i palliativ omsorg i hjemmet er at pasienten skal få så god smertebehandling som mulig. Som sykepleier står en ovenfor et menneske som lever sin siste tid i hjemmet, og et sentral mål med sykepleien som skal utøves blir å lindre smerte og lidelse. For å kunne lindre pasienten vil det være sentralt å forholde seg til pasientens egen opplevelse, dermed forstår en bedre situasjonen. Da bør det være rom for å prate om det som er vondt, og tanker rundt det som skal skje videre (Birkeland & Flovik, 2014, s. 98).

I den siste tiden vil pasient og pårørende ha behov for psykisk støtte og omsorg. Det er mye informasjon som blir gitt hele tiden, og den non-verbale kommunikasjonen og holdningen sykepleieren har i hjemmet til pasienten vil være svært viktig. Et godt smil, varme blikk,

empati og engasjement i å lytte til pasient og pårørendes ønsker å behov. Flere ønsker å dø i hjemmet for å ha et så normalt liv som mulig, det vil dermed være viktig å fokusere på sosialt samvær, humor og ulike aktiviteter for å gjøre den siste tiden så god som mulig (Birkeland & Flovik, 2014, s. 104).

Når døden nærmer seg vil det være nødvendig med kontinuerlig symptomregistrering og dokumentasjon. Dette er for at pasienten skal få god nok lindrende behandling. Symptomer som smerte, kvalme og uro er svært vanlige. Det finnes gode skjema en bruker til å følge symptomene opp å iverksette hensiktsmessige tiltak (Norås, 2010, s. 347).

Gode detaljerte pleieplaner med fortløpende evalueringer er viktig for å få kontinuitet i den palliative pleien. Det er også viktig at hjemmesykepleie følger med at det ikke blir for mye ansvar over på pårørende, og eventuelt legge til rette for hyppigere tilsyn. Det blir fremhevet at en på forhånd avtaler med pårørende hva de ønsker når døden nærmer seg hos den syke. Uansett valg er det viktig at hjemmesykepleien er en støttende funksjon som legger til rette før ønsker og valg som familien til den syke tar (Norås, 2010, s. 348).

2.5 Lovverk

Helsepersonelloven (1999) sier følgende om **§ 4 forsvarlighet**:

”Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig. Helsepersonell skal innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner, og skal innhente bistand eller henvise pasienter videre der dette er nødvendig og mulig. Dersom pasientens behov tilsier det, skal yrkesutøvelsen skje ved samarbeid og samhandling med annet kvalifisert personell.”

Helsepersonelloven (1999) sier videre om bruk av **§ 5 medhjelpere**:

”Helsepersonell kan i sin virksomhet overlate bestemte oppgave til annet helsepersonell hvis det er forsvarlig ut fra oppgavens art, personellens kvalifikasjoner og den oppfølging som gis. Medhjelpere er underlagt helsepersonellens kontroll og tilsyn.”

3 Metode

3.1 Litteraturstudie

En metode blir brukt som en fremgangsmåte til å løse problemer, og dermed komme frem til ny kunnskap (Dalland, 2012, s. 111). Metoden som er anvendt i oppgaven er en litteraturstudie. Forsberg og Wengström (2013, s. 30) sier at en litteraturstudie innebærer å systematisk søke etter forskning i databaser, deretter kritisk vurdere om artiklene er relevante, og tilslutt sammenstille valgt litteratur innenfor et valgt problemområde. Thidemann (2015, s. 79) påpeker at hensikten med bruk av en litteraturstudie som metode er å gi oppdatert og god forståelse av kunnskapen på området rundt problemstillingen til leseren, og hvordan en er kommet frem til denne kunnskapen. Forsberg og Wengström (2013, s. 26) fremhever også at gjennom en litteraturstudie kan man komme frem til viktige besvarelser rundt aktuelt problemområde om hva som fungerer best og hva er mest effektivt. Gjennom litteraturstudien kan man dermed også få et nytt syn og oppdatert informasjon om det aktuelle problemområdet. I oppgaven er det aktuelle problemområdet smertelindring til pasienter med kreft som bor i hjemmet, og ved hjelp av aktuell forskning og litteratur skal denne problemstillingen belyses.

3.2 Fremgangsmåte

Litteratursøkene ble gjort i databasene Cinahl og SveMed+. I begge søkebasene finnes det kvalitativ og kvantitativ forskning med hovedvekt innenfor sykepleie. Det er blitt brukt ulike avgrensninger for å finne relevant forskning som passer inn mot problemfeltet. Blant annet ble publikasjonsdato satt til de siste 5-10 årene for å få frem nyere og oppdatert forskning. Det var også viktig at hele tekster kom frem for å kunne lese hele studien å vurdere relevans til problemfeltet. For å finne frem til de valgte artiklene ble det brukt søkeord som også fantes i problemstillingen, samt ble de skrevet på engelsk da det meste av forskning i Cinahl står på engelsk. Se tabeller nedenfor for søkeprosess.

Tabell 1: Søk i Cinahl 10.01.2017

Søke ID	Søkeord	Avgrensinger	Resultat
S1	Palliative care		25 689
S2	Pain managment		12 684
S3	Home nursing		38 331
S4	S1 + S2 + S3	2007-2016	30

S5	S1 + S2 + S3	2007-2016 Full tekst	10
-----------	--------------	-------------------------	----

Valgte artikkel i S5: ”*Striving to Respond to Palliative Care Patients’ Pain at Home: A Puzzle for Family Caregivers*” (Mehta, A., Cohen, R., Ezer, H., Carnevale, F. A., & Ducharme, F., 2011)

Tabell 2: Søk i Cinahl 10.01.2017

Søke ID	Søkeord	Avgrensninger	Resultat
S1	Cancer pasient	2010-2016	50 540
S2	Pain management or pain relief or pain control og pain reduction	2010-2016	7996
S3	Palliative care or end of life care or terminal care	2010-2016	11 009
S4	S1 + S2 + S3	2010-2016 Full tekst	18

Valgte artikkel i S4: ”*What do patients with advanced incurable cancer want from the management of their pain*” (Gibbins, J., Bhatia, R., Forbes, K., & Reid, C. M., 2014)

Tabell 3: Søk i Cinahl 08.03.2017

Søke ID	Søkeord	Avgrensninger	Resultat
S1	Palliative care		26 159
S2	Palliative care + nurse	2010-2017 Full tekst	633
S3	Palliative care + nurse + relationship	2010-2017 Full tekst	45
S4	S1 + S2 + S3 + caring	2010-2017 Full tekst	13

Valgte artikkel i S4: *”Development of nurses’ abilities to reflect on how to create good caring relationships with patients in palliative care: an action research approach”*

(Bergdahl, E., Benzein, E., Ternestedt, B.-M., & Andershed, B., 2011)

Tabell 4: Søk i SveMed+ 08.03.2017

Søke ID	Søkeord	Avgrensninger	Resultat
S1	Sykepleier erfaringer		59
S2	Sykepleier erfaringer	2010-2017	36
S3	Sykepleier erfaringer + kreftpasienter	2010-2017	2

Valgte artikkel i S4: *”Sykepleierens erfaringer med smertelindring til hjemmeboende kreftpasienter”* (Molnes, S. I., 2014)

Tabell 5: Søk i SveMed+ 08.03.2017

Søke ID	Søkeord	Avgrensninger	Resultat
S1	Palliative care		240
S2	Palliative care + Home care	2010-2017	33
S3	Palliative care + Home care + Home care nurses	2010-2017	27
S4	Palliative care + Home care + Home care nurses	2010-2017 Voksne	7

Valgte artikkel i S4: *”Heimesjukepleiernes perspektiv på forhold som fremjar palliasjon i heimen”* (Røgenes, G. K., Moen, A., & Grov, E. K., 2013)

3.3 Ethiske overveielser

Dalland (2012, s. 95) sier at etiske overveielser handler om mer enn å følge regler. Ethiske utfordringer arbeidet vårt medfører bør tenkes grundig gjennom. Dette innebærer at en rapporterer om forskningen, og at den blir godkjent av en etisk komité. Det er viktig med

grundig planlegging og gjennomføring av forskingsarbeidet for å sikre personvernet og troverdigheten av forskingsresultatene (Dalland, 2012, s. 96).

I utvalget av forskingslitteratur er det overnevnte blitt tatt i betraktning, alle forskingsartiklene er godkjent av en etisk komité. I denne studien blir ikke personopplysninger behandlet direkte, dermed blir de etiske kravene mindre enn ved et forskingsarbeid som benytter seg av direkte kontakt med personer.

3.4 Metodekritikk

Dalland (2012, s. 73) påpeker at kildekritikk skal vise at en er i stand til å forholde seg kritisk til kildematerialet som blir brukt i oppgaven og hvilke kriterier en benytter seg av i utvelgelsen. For eksempel i et fagfelt som vokser raskt, kan det være nødvendig å stille seg kritisk til relevansen det har for den nåværende problemstillingen. Denne oppgaven tar for seg smertelindring til pasienter med kreft i palliativ fase. Det er et tema som ikke nødvendigvis har endret seg drastisk de siste årene, dermed kan forskning fra 2011 anvendes. Dalland (2012, s. 73) fremhever også at fagstoff og pensum ofte er sekundærlitteratur, altså omskrevet fra den opprinnelige forfatteren. Dermed kan dette ha en innvirkning på kvaliteten på arbeidet, og det bør tas hensyn til når en kritisk vurderer kildene. I denne oppgaven er det for det meste sekundærkilder, da det kan være vanskelig å få tilgang til alle primærkildene. Men det er også brukt primærkilder til for eksempel det teoretiske perspektivet i oppgaven da det gir en mer aktuell og reell versjon samt egne ord fra teoretikeren.

Litteraturen som er brukt for å belyse problemstillingen er i form av forskningsartikler, pensumbøker, fagartikler, annen litteratur, tema og brosjyrehefter. Alle artikler er sjekket for at de inneholder metode, resultat, diskusjon og konklusjon samt at de er fra årene 2011-2014 noe som gjør de mer aktuelle og kan anvendes i dag. Det ble også brukt sjekklister for å vurdere relevansen av forskningsartiklene. Den andre litteraturen er blitt brukt da de er relevante for problemområdet og kan hjelpe med å belyse problemstillingen.

3.4.1 Kritisk vurdering av forskningsartikler

I prosessen med å finne relevant forskning for å belyse problemstillingen sier Kunnskapsbasert praksis (2012) at en bør bruke sjekklister når en kritisk vurderer forskningen. Overordnede spørsmål en bør stille seg når en vurderer og forskningen er god eller ikke handler om problemstillingen er relevant, om designet er velegnet for å svare på problemstillingen, om en kan stole på resultatene, hva resultatene er, og om resultatene kan brukes til den aktuelle praksisen/feltet som undersøkes.

”Striving to Respond to Palliative Care Patients’ Pain at Home: A Puzzle for family Caregivers”

Studien av Mehta et al. (2011) undersøker hvilke smerter palliative pasienter med kreft som bor hjemme opplever, og hvordan pårørende håndterer disse. De kommer frem med konkrete faktorer som er med på å oppnå optimal smertelindring, som kan brukes i praksis. Studien er gjennomført i Canada, noe som kan til en viss grad overføres til norsk sykepleiepraksis. Den belyser uansett viktige element som kan være med på å svare på problemstillingen.

”What do patients with advanced incurable cancer want from the management of their pain”

Studien av Gibbins et al. (2014) ser nærmere på hvordan pasienter med fremskreden kreft kontrollerer smertene de har, og hva de ønsker sykepleiere kan bidra med når det gjelder smertelindring. Det kommer frem tydelige svar på problemstillingen som kan brukes i praksis. Studien er gjennomført i England, som gjør at en kan stille seg kritisk til overføring i norsk sykepleiepraksis. Studien blir inkludert da den er relevant for å besvare problemstillingen.

”Development of nurses’ abilities to reflect on how to create good caring relationships with patients in palliative care: an action research approach”

Studien av Bergdahl et al. (2011) tar for seg hvordan sykepleiere kan skape gode og omsorgsfulle relasjoner til palliative pasienter som nytter seg av hjemmesykepleie. Det blir lagt fram konkrete tiltak som kan brukes i praksis. Studien er gjennomført i Sverige som gjør at en kan være mindre kritisk i overføring til norsk sykepleiepraksis. Studien kan kritiseres da det kun er åtte deltakere, dermed gir det et lite mangfold av refleksjoner og meninger. Studien tar heller ikke sikte på pasienter med kreft, men med flere sykdommer i palliativ fase som gjør at en kan stille seg mer kritisk i relevans. Den peker likevel på viktige element som kan bidra til å svare på problemstillingen.

”Sykepleierens erfaringer med smertelindring til hjemmeboende kreftpasienter”

Studien av Molnes (2014) belyser erfaringer med smertelindring til hjemmeboende kreftpasienter til ti sykepleiere som jobber i hjemmesykepleien. Det kommer tydelig frem i studien faktorer som kan bidra til bedre smertelindring og utfordringer rundt dette. Studien er gjennomført i Norge, som gjør den relevant i overføring til norsk sykepleiepraksis. Det er en god studie som belyser viktige element for å svare på problemstillingen.

”Heimesjukepleiarens perspektiv på forhold som fremjar palliasjon i heimen”

Studien av Røgenes et al. (2013) gir innsikt i hvilke faktorer sykepleieren syns er fremmende for palliasjon i hjemmet. Studien tar opp tre viktige tema som er fremmende faktorer, og som kan brukes i praksis. Studien er gjennomført i Norge, dermed relevant for norsk sykepleiepraksis. Studien tar for seg palliasjon til flere sykdommer, og er ikke rettet mot kreftsykdom, samtidig peker den på viktig element for å svare på problemstillingen.

4 Resultat

4.1 Oppsummering av hovedfunn i forskningsartikler

Hovedfunn fra forskningsartiklene viser at det er en stor variasjon av typer smerter som pasienter med kreft i palliativ fase opplever. Når de bor i hjemmet blir det dermed mer utfordrende kartlegge og gi hensiktsmessige tiltak. Det ligger et stort ansvar på pårørende, og sykepleier bør ha mye kunnskap og kompetanse i arbeidet med denne pasientgruppen. Pasientene ønsker å være så smertefri som mulig, samtidig kunne fungere på et grunnleggende nivå i hverdagen. En god relasjon mellom pasient og sykepleier kan bidra til bedre smertelindring, da sykepleieren forstår bedre pasientens ønsker og behov. En god verbal og non-verbal kommunikasjon fra sykepleier kan bidra til en bredere forståelse rundt smertebildet til den individuelle pasienten. En god organisering og samarbeid med sykehus, vil skape trygge rammer både for pasient, pårørende og sykepleier. En veldig viktig faktor i arbeid med palliative kreft pasienter er at sykepleier har kunnskaper og kompetanse om sykdommen og medikamentene, og setter seg grundig inn i den individuelle pasienten, samt alltid holder seg faglig oppdatert. Det er viktig å bruke tid på å sette seg inn i hvilke ønsker og behov pasienten har for at de skal føle seg ivaretatt og hørt, dermed få en fin siste tid i hjemmet.

4.2 Presentasjon av forskningsartikler

”Striving to Respond to Palliative Care Patient’s Pain at home: A Puzzle for Family Caregivers” (Mehta et al., 2011)

Hensikt: Undersøke og beskrive smerter som pasienter i palliativ fase som bor i hjemmet opplever. Samt hvilken måte pårørende vurderer smertene til pasienten og hvordan de griper inn.

Metode: Studien er kvalitativ der det ble gjennomført intervjuer av 24 pårørende til pasienter i palliativ fase med kreft i hjemmet. Intervjuene omhandlet hvilke type smerter pårørende opplevde hos pasienten, hvordan de visste når de måtte gripe inn, strategier de brukte for å redusere smertene, og hvordan de vurderte smertelindrende tiltak som ble iverksatt.

Resultat/Funn: Det kom frem i resultatene at pårørende vurderte ulike typer smerte hos pasienten og dermed eksperimenterte de med ulike smertelindrende tiltak. Ikke alle pårørende klarte å skille mellom de ulike typer smertene, som førte til at de ikke gav hensiktsmessige tiltak. Dette førte til dårlig behandling av smertene og frustrerte omsorgspersoner. Det kom frem at pårørende mente at sterke smertestillende medikamenter i form av opioider som morfin som gav mest effektiv innvirkning på smertene. Og i noen tilfeller var det det eneste som fungerte, men det gav negative virkninger som døsighet og den syke kunne ikke fungere skikkelig i dagliglivet. Pårørende mente det var viktig å behandle smertene, men den syke burde også kunne fungere i dagliglivet. Det kom frem at pårørende trenger mye støtte og informasjon fra sykepleier i denne fasen som bidrog til en større trygghet.

Konklusjon: De kom frem til at avgjørende faktorer for optimal smertelindring er nøyaktig vurdering hvilke type smerte den syke opplevde kombinert med hensiktsmessig tiltak for smerte kontroll. Det er viktig at pårørende som gjennomfører smertebehandlingen får støtte, tillit og omsorg. Sykepleiere bør ha nok kunnskap om smertestillende medikamenter til palliative pasienter, på den måten kan man hjelpe pårørende med nøyaktig informasjon, forstå deres valg og administrere smertelindrende tiltak i form av medikamenter trygt og effektivt.

”What do patients with advanced incurable cancer want from the management of their pain? A qualitative study” (Gibbins, et al., 2014)

Hensikt: Utforske hvordan pasienter med uhelbredelig og fremskreden kreftsykdom beskriver smertekontroll, også hva de ønsker og forventer at sykepleiere kan bidra med til smertelindringen.

Metode: Studien er kvalitativ, som ble brukt til å utforske synspunkter og erfaringer fra pasienter med fremskreden kreft. Data har blitt samlet inn gjennom ansikt-til-ansikt intervju med deltagere der data ble analysert ved bruk av en konstant sammenlignings tilnærming. En tema guide ble brukt for å dekke deres smerte erfaring, kontrollen av smerter, og hva de håpet de kunne oppnå med smertelindring.

Resultat/funn: Etter intervjuene dukket det opp tema som at pasientene ønsket å opprettholde sin rolle å være så uavhengige av andre som mulig. De hadde ønsker om å være smertefri i størst mulig grad å utføre dagligdagse gjøremål som klesvask og opprettholde sosiale forhold med venner og familie. Forventningene til helsepersonell er at de er støttende og tilgjengelige. Pasientene uttrykte at de vanligvis ikke sa at de hadde smerter før noen spurte om det. Slik at sykepleieren burde opptre i en rolle med empati og troverdighet overfor smerteproblematikken. Når sykepleier hadde en jevnlig kontakt bidro dette til en bedre relasjon som førte til bedre smertelindring.

Konklusjon: I konklusjonen blir det fremhevet at pasientene fastslår om smertene kontrollerer om de klarer å utføre daglige gjøremål eller ikke, og om de klarer og opprettholde sosiale forhold. De er ikke så opptatte av numeriske skalaer som avgjør av de klarer disse tingene eller ikke. I stedet kan det være hensiktsmessig å spørre ”Hva kan du gjøre å ikke mens du er plaget av smerter?” Samt at sykepleierne burde kjenne til smerteproblematikken til hver enkelt og være en god lytter.

”Development of nurses’ abilities to reflect on how to create good caring relationship with patients in palliative care: an action research approach” (Bergdahl et al., 2011)

Hensikt: Hensikten med denne artikkelen er å styrke sykepleiere til å reflektere over hvordan de kan skape en god, omsorgsfull relasjon med palliative pasienter som bor i hjemmet.

Metode: Det er brukt en aksjonsforskning som metode i studien. I denne type forskning av forskeren en dobbeltrolle ved at hun er både en deltaker i prosessen, og den som observerer og dokumenterer det. I prosessen er det faser som problemidentifisering, planlegging, handling og evaluering. Tre datainnsamlinger ble gjennomført og 42 fortellinger analysert med kvalitativ innholdsanalyse.

Resultat/Funn: Det kom frem at mangel på kommunikasjon førte til dårlig relasjon mellom pasient og sykepleier, dette var et vanlig problem. Samt dårlig tid som gjorde at sykepleiere ikke følte de kunne prate med pasientene om deres behov og bekymringer. Det kom tydelig frem at hjemmesykepleie trenger mer fagkunnskap om palliativ behandling og smertelindring i form av medikamentell og ikke-medikamentell behandling, da økt kunnskap rundt dette skaper bedre relasjoner mellom sykepleier og pasient. Når relasjonen var god gav det en bredere forståelse av smerteproblematikken til pasienten.

Konklusjon: Det konkluderes med at jevnlig kontakt mellom sykepleier og pasient er sentrale faktorer for god relasjon. Da viser en at en bryr seg og forstår pasientens behov, og dermed bedre smertebehandling. Det blir fremhevet at holdninger og handlinger til sykepleiere bør vise til at de er opptatte av hvordan pasientene har det i hverdagen og hvordan de opplever smerte.

”Sykepleieres erfaringer med smertelindring til hjemmeboende kreftpasienter” (Molnes, 2014)

Hensikt: Hensikten med artikkelen er å sette søkelys på smertelindring til hjemmeboende kreftpasienter, hvordan sykepleiere beskriver egen praksis innenfor dette feltet, og hva etterlyser de av spesiell kompetanse i arbeidet med pasientgruppen for å ivareta egen trygghet.

Metode: Det er en kvalitativ studie som baserer seg på en beskrivende undersøkelse, dette er for at sykepleiere skal formidle egne erfaringer fra praksisfeltet.

Resultat/Funn: Funn viser at gjennom mulighet for å få faglig oppdatering bidrar dette til bedre kunnskap rundt smertelindring til kreftpasienter og palliativ sykepleie. Sykepleiere opplevde at bemanningen kunne til tider være lav, som kunne føre til dårlig oppfølging av pasienten, noe som var viktig i den palliative fasen i hjemmet. Noe som gikk igjen var problematikken rundt utskrivelse fra sykehus til hjemmet. Det var viktig med gode utskrivelses rapporter slik at hjemmesykepleien kunne forberede seg på best mulig måte. I denne studien blir det viktigheten med bruk av kartleggingsverktøy fremhevet.

Konklusjon: Det kom frem at sykepleiere stort sett var fornøyde med jobben de gjorde for hjemmeboende kreftpasienter. Det kunne gi utfordringer å tilby den beste smertelindringen da det er behov for økt kompetanse innen smertelindring hos sykepleiere. På grunn av manglende kompetanse og faglig usikkerhet om smertelindrende medikamenter ble noen av pasientene som ønsket å være hjemme og fått smertelindring i form av medikamenter, innlagt på sykehus. For at kreftpasienter skal få god behandling i eget hjem bør man fokusere på symptomlindring og god kommunikasjon mellom pasienter og pårørende.

”Heimesykepleieraens perspektiv på forhold som fremjar palliasjon i heimen” (Røgenes et al., 2013)

Hensikt: Hensikten med denne artikkelen var å finne ut av hvilke fremmede faktorer sykepleiere vektla for lengst mulig tid i hjemmet for pasienter i palliativ fase.

Metode: Studien har et ikke-eksperimentelt deskriptivt design med kvantitativ deduktiv metode. Det ble utviklet et spørreskjema spesifikt for undersøkelsen basert på funn fra litteratur. Deltagerne var sykepleiere som jobbet i hjemmesykepleie i norske kommuner.

Resultat/Funn: Det var spesielt tre tema som ble fremhevet som var fremmede faktorer for palliasjon i hjemmet fra sykepleierens perspektiv. Kunnskap og videreutdanning gir økt trygghet i håndtering av denne pasientgruppen og det tekniske utstyret. Erfaring som kilde til kunnskap kan styrke følelsen av faglig trygghet å gi styrke til å møte utfordringer. Tryggheten kan bidra til at situasjonen i hjemmet er god, og en kan fokusere på pasientens og pårørendes behov. Struktur og tilpasset organisering som åpen retur, dvs. At en kan legges inn på sykehus ved ønske og behov, som bidrar til trygghet hos pasient og pårørende. Mellommenneskelige relasjoner sto også svært sentralt for at den palliative omsorgen skulle bli bedre.

Konklusjon: I arbeidet med pasienter i palliativ fase som bor i hjemmet er områdene rundt god organisering, informasjon og kommunikasjon svært viktige faktorer, og bidrar til bedre helsehjelp og gir lengst mulig tid i hjemmet for pasienten.

5 Drøfting

I denne delen skal det drøftes hvordan sykepleier kan bidra til bedre smertelindring hos hjemmeboende kreftpasienter i palliativ fase. Det legges vekt på forutsetninger for palliativ sykepleie i hjemmet, smertelindring og faktorer som går under dette, hvilken rolle pårørende har i denne situasjonen, samt sykepleierens kunnskap og kompetanse.

5.1 Palliativ sykepleie i hjemmet

Det fremheves i studien til Røgenes et al. (2013) at det bør være fokus på at personer med alvorlig sykdom skal ha mulighet til å være hjemme så mye som mulig dersom det er et ønske. Birkeland og Flovik (2014, s. 98) sier at å sikre en god smertebehandling står sentralt i den palliative omsorgen. Målet blir å gjøre den siste tiden så god som mulig ved å lindre smerte og lidelse. Her må en forholde seg til pasientens egen opplevelse, alle er ulike og har dermed ulike behov og ønsker.

Travelbee (1999, s. 171) påpeker at sykepleieren kan hjelpe et individ eller en familie til å mestre sykdom og lidelse ved å bygge et menneske-til-menneske forhold. Da sier Røgenes et al. (2013) at dersom pasienten skal tilbringe siste tiden hjemme er det nødvendig med en god organisering. Dersom sykepleier tar tidlig kontakt med pasient og pårørende bidrar dette til et

kjennskap til hverandre, og det kan tas vurdering av hvilke behov og ønsker pasient og pårørende har, dermed sette tiltak til verks så tidlig som mulig. Det fremheves også at de mellommenneskelige relasjonene er grunnleggende i den palliative sykepleien (Røgenes et al., 2013). Dette bygger også Travelbee, 1999, s. 135) på om at menneske-til-menneske forholdet etableres gjennom interaksjonen sykepleieren har med pasienten, hvor sykepleieren lærer å kjenne pasienten som menneske og forstår og ivaretar deres behov.

Røgenes et al. (2013) sier at en god organisering skaper trygge rammer rundt pasient og pårørende. Her står det sentralt at det er et godt samarbeid mellom hjemmesykepleie og sykehus. Ofte har pasienten komplekse behov, som kan kreve et tverrfaglig samarbeid med flere yrkesgrupper. Sykepleiere i studien til Molnes (2014) fremhevet også at ved utskrivelse fra sykehus til hjemmet var det viktig med gode rapporter, sammenfatning av pasienten og en oppdatert medisinsliste. Dette bidrar til at hjemmesykepleien kan forberede seg på best mulig måte, og tilrettelegge for midler som kan være nødvendige når pasienten kommer hjem. Røgenes et al. (2013) påpeker også at en åpen retur til sykehuset bidrar til en ekstra trygghet dersom noe uventet oppstår i hjemmet som krever mer medisinsk behandling.

Ifølge studien til Bergdahl et al. (2011) kommer det tydelig frem at for å oppnå en god palliativ pleie i hjemmet, bør det være en god relasjon mellom pasient og pårørende. Det blir fremhevet hvor viktig kommunikasjonen spiller for å bygge en god relasjon. Travelbee (1999, s. 135) hevder også at kommunikasjonen er selve grunnlaget for å utøve god sykepleie. Sykepleieren bør være i stand til å forstå hvordan den syke kommuniserer, samt bruke informasjonen til planlegging av sykepleietiltak (Travelbee, 1999, s. 135). Kommunikasjonen bidrar dermed til å forstå enkelt individets behov og ønsker, som kan skape følelser hos pasient og pårørende om at de føler seg ivaretatt. Samt skaper det en dypere forståelse av smerteproblematikken til pasienten, dermed styrkes menneske-til-menneske forholdet. Erfaringer fra praksis viser at pasienter av og til trenger å få pratet ut om sine tanker rundt dette, hva som er vondt. Ved å dele tankene med noen som forstår, kan bidra til å lette på de vonde følelsene og smertene. Pasientene i studien til Bergdahl et al. (2011) rapporterte også dersom de hadde en god relasjon til sykepleieren bidro dette til bedre smertebehandling. Når sykepleierne tok seg god nok til å lytte og forstå, fikk de bedre innsikt i smerteproblematikken og kom frem til bedre smertelindrende tiltak.

5.2 Smertelindring

Smerter er de vanligste fysiske symptomene hos en pasient med fremskreden og uhelbredelig kreft. Behandling av smertene er da nødvendig i form av medikamentelle og ikke-medikamentelle tiltak (Mehta et al., 2011). Sentrale faktorer i smertelindringen er å ha evne til å kartlegge symptom, sette i gang tiltak, og evaluere effekten av dem (Røgenes et al., 2013). Mehta et al. (2011) påpeker at når sykepleieren har en grunnleggende forståelse av hvilke typer smerter, smertemekanismer, og mønstre av smerte som oppleves hos pasienten fokuseres det bedre på å utføre smertelindringstiltak som er målrettede og effektive.

5.2.1 Kartlegge smerter

Molnes (2014) påpeker at bruk av kartleggingsverktøy gir grunnlag for gode tiltak, og spiller en viktig rolle om kvaliteten på den palliative omsorgen er god eller ikke. Smerteopplevelsen er subjektiv, den vil dermed være helt individuell for hvert menneske, det er bare den som har smerten som vet hvordan den egentlig er. Det vil da være vanskelig å formidle et fullstendig bilde av smerteopplevelsen til et annet menneske (Berntzen et al., 2010, s. 357). Travelbee (1999, s. 112) støtter seg på dette da følelsen av at en ikke klarer å formidle smerteopplevelsen fullstendig kan gi pasienten en opplevelse av dyp ensomhet i ens smerter.

For å skaffe seg et helhetlig og individuelt bilde av smertemangfoldet finnes det gode vurderingsskjemaer/skalaer for smertekartlegging. Ved hjelp av verktøyene danner sykepleieren seg et grundig bilde som kan være grunnlag for å planlegge, iverksette og evaluere en systematisk og individuelt tilpasset smertebehandling (Berntzen et al., 2010, s. 363). I studien til Molnes (2014) kommer det tydelig frem at det bør legges vekt på å bruke standardiserte kartleggingsverktøy for å kartlegge symptomene, fordi det er ikke alltid sammenheng mellom pasientens subjektive opplevelse og observasjoner som helsepersonell rapporterer. Dersom kartleggingen blir gjort systematisk og er av god kvalitet, skaper dette rammer når pasientsituasjonen skal diskuteres videre sier Molnes (2014).

For å måle intensiteten på smertene er VAS-skala (vedlegg 2) et godt verktøy. Pasienten selv krysser av fritt på en rett linje fra ingen smerte til verst tenkelige smerte. Skalaen gir et øyeblikksbilde på smertene, ved å utføre den flere ganger mellom et tidsrom gir den et bilde på endringer i smertebildet, og eventuelt effekt av smertelindrende tiltak (Bjørgero, 2010, s. 201). ESAS-skjema (vedlegg 3) er et kartleggingsverktøy som blir brukt til å vurdere smerter, men også vanlige symptomer som pasienter i palliativ fase ofte har. ESAS registrerer symptomer som smerte, slapphet, dødsighet, kvalme, tung pust, angst og depresjon. Graden

vurderes ut fra en numerisk skala der 0 er ingen plager, og 10 er verst tenkelige plage. Dersom scoren er mer en 3, bør det vurderes mer kartlegging og tiltak (Iversen, 2012).

På en annen side bør man tenke på at det er pasienten selv som er hovedkilden til å formidle sin smerteopplevelse. I studien Gibbins et al. (2014) kom det frem at pasientene ikke var så opptatte av numeriske skalaer for å vurdere deres smerte. Det sto sentralt at dersom det var jevnlig kontakt mellom sykepleier og pasient som bygget på en god relasjon ville dette føre til bedre smertebehandling. Da viste sykepleiere at de fikk bedre innsikt i smerteproblematikken. Dette er noe jeg også kan støtte meg på, da erfaringer fra praksis viser at det er den gode relasjonen jeg får til pasienter som utgjør hvor mye kvaliteten på informasjonen jeg får fra dem. Travelbee (1999, s. 171) påpeker også at menneske-til-menneske forholdet styrkes med jevnlig kommunikasjon og kontakt. Mine erfaringer viser at det gjelder nok å finne ut hva som fungerer for hver enkelt, dersom pasienten er veldig sliten og medtatt kan det være mer hensiktsmessig å bruke kartleggingsverktøy for å få et øyeblikksbilde på smertene å få i gang tiltak snarest. I bunn og grunn bør en se situasjonen, og handle ut ifra utgangspunkt.

Erfaringer fra praksis i hjemmesykepleie er at det også er mange forskjellige sykepleiere innom pasienten i løpet av et døgn. Alle har ulike oppfatninger av smerteopplevelsen, og som sagt kan det være vanskelig for pasient å formidle et fullstendig smertebilde. Dette er noe som bør tas i betraktning når en utfører systematiske kartleggingseskjemaer. Det kan være hensiktsmessig at det ikke er for stor variasjon i sykepleiere som besøker pasienten i denne fasen. For det første kan det være belastende for pasienten å hele tiden få nye ukjente fjes i hjemmet, det kan gå mye tid i å hele tiden bli kjent. Videre vil det være mer bedre dersom det er et fåtall av sykepleiere som utfører kartleggingseskjemaene for å unngå mange ulike oppfatninger som kan gi dårlig bilde av smertene. Samtidig bør de sykepleierne ha god kontakt med hverandre, for å kjøre et mest mulig samspill mellom hverandre. Samt gode rapporter og dokumentasjon vil bidra til at smertebehandlingen kan bli bedre.

5.2.2 Medikamentell smertelindring

Kreftpasienter i palliativ fase i hjemmet trenger ofte avansert medisinsk behandling for å få optimal smertelindring (Mehta et al., 2011). Legen administrerer den medikamentelle behandlingen, men kan delegere oppgaven videre til sykepleieren (Helsepersonelloven §5, 1999). I hjemmesykepleien er det sykepleieren som har det overordnede ansvaret for den medikamentelle behandlingen, og administrerer dette (Mehta et al., 2011). Det er et stort ansvarsområde, og det kreves at sykepleieren har kunnskaper og en nøyaktighet for å finne en

balanse mellom å ikke gi for lite, og ikke for mye medikamentell smertelindring (Mehta et al., 2011).

Bjørgo (2010, s. 204) påpeker at når det ikke oppnås tilstrekkelig smertelindring med ikke-opioide analgetika alene, bør det snarest skiftes til sterkere opioider som for eksempel morfin. Pårørende i studien til Mehta et al. (2011) rapporterte at det var de sterke opioidene som morfin som gav best resultatet i smertelindringen. Baksiden av bruken av morfin at pasientene ble døsig, og pårørende følte at det mistet den gode kontakten. Bjørgo (2010, s. 208) sier at bivirkninger ved opioidbehandling er kvalme og brekninger, obstipasjon, hallusinasjoner, respirasjonsdemping og døsighet. Pasientene i studien til Gibbins et al. (2014) var tydelig på at de ønsket å være smertefri i størst mulig grad, samtidig opprettholde en rolle der de kunne ha kontakt med familie og venner. Erfaringer viser at det kan være vanskelig å finne balansen mellom å gi nok til å lindre smertene, samtidig som at pasienten kan være våken og oppegående nok til å holde en kontakt med familie og venner. Av og til må en kanskje også ta i betraktning og veie opp for hva som er viktigst av å være helt smerte lindret eller være helt tilstede. I studien til Gibbins et al. (2014) kommer det frem at oppi alt må en ta seg tid til å lytte til pasientens ønsker med smertebehandlingen, og finne frem til løsninger på bakgrunn av dette.

Verdens helseorganisasjon har utarbeidet retningslinjer for behandling med medikamenter til kreftsmarter. Det er et nyttig hjelpemiddel i behandlingen av smertene, der en følger en smertetrapp med trinn ifra 1-4 ut ifra behovet og intensiteten på smertene pasienten har (Bjørgo, 2010, s. 204). Det er viktig at når tiden kommer til at pasienten skal over i trinn 3 i smertetrappen å ta i bruk sterke opioider bør det gis god informasjon (Bjørgo, 2010, s. 208). Pasienter og pårørende rapporterte i studien til Mehta et al. (2011) at det var en frykt å tenke på de voldsomme bivirkningene som kommer med opioidebehandling. Da vil det også være viktig å få frem hvordan bivirkningene kan forebygges og behandles, for å ikke skape en frykt i å ta i bruk for eksempel morfin som kan lindre smertene i stor grad. Bjørgo (2010, s. 208) sier at noen pasienter kan ha stor frykt og respekt for morfin, samtidig kan bruken av morfin være en bekreftelse på alvorlighetsgraden på sykdommen. På bakgrunn av dette må det gis tydelig informasjon om hvordan morfin kan virke inn på smertene, samtidig forberede pasient og pårørende på hva som kan ventes av bivirkninger.

5.2.3 Ikke-medikamentell smertelindring

Ikke medikamentell smertelindring kan være likeså viktig som den medikamentelle smertelindringen. Men de brukes som oftest i kombinasjon for å få optimal virkning (Bjørgero, 2010, s. 212). Resultatene i studien til Mehta et al. (2011) viser at å ta bort fokuset fra smertene, kan være en viktig lindrende faktor. Viktige forutsetninger er at pasienten har støttende personer rundt seg, for som nevnt tidligere kan smertene bidra til en dyp ensomhet hos pasienten. Pårørende og sykepleier i hjemmet kan være gode personer til å bidra med den ikke-medikamentell smertelindringen. Eksempler på ikke-medikamentell tiltak kan være massasje, vibrasjon, akupunktur, musikk, varme og kulde terapi, samt være til stede for pasienten (Berntzen et al., 2010, s. 366 & Mehta et al., 2011). Erfaringer med dette er også at pasienten setter stor pris på om du bare setter deg ned for en prat. Tenne noen lys, drikke en kopp te/kaffe og sitte å prate, høre på musikk eller se på et tv-program. Gjennom denne interaksjonen kommer det frem gode samtaler som setter fokus på gode og positive ting eller minner. Det er ikke alltid viktigst å ha så mye fokus på det teoretiske og medisinske, men se hele personen å prøve og forstå hva de har behov for der og da. Som det kom frem i studien til Bergdahl et al. (2011) så var det ikke alltid de praktiske og medikamentelle tiltakene som var viktigst, pasientene hadde et stort ønske om at sykepleierne tok seg tid til å prate å vise at de forstod situasjonen. Birkeland og Flovik (2014, s. 104) fremhever at pasient og pårørende trenger psykisk støtte og omsorg, og den ikke-verbale kommunikasjonen kan være svært viktig. Et godt smil, varmt blick, empati og engasjement kan være gode og enkle tiltak som ikke krever mye, men som kan bety svært mye. En god kombinasjon av medikamentell og ikke-medikamentell tiltak, vil dermed være den optimale løsningen for å lindre smerter (Mehta et al., 2011).

5.3 Pårørendes bidrag og opplevelse

Forutsetninger for å kunne tilbringe den siste tiden hjemme avhenger av at det er en uformell omsorgsperson i hjemmet, dette vil ofte være ektefelle eller voksne barn, samt et tett samarbeid mellom sykehus og hjemmesykepleie (Birkeland & Flovik, 2014, s. 96). Når pasienten ønsker å få omsorg i sitt eget hjem den siste tiden, legges det et stort ansvar på pårørende, spesielt observasjoner, og håndtering av smertebehandling i samarbeid med hjemmesykepleie (Mehta et al., 2011). Pårørende kan føle seg bekymret for det store ansvaret, og føle at de observasjoner de gjør ikke er faglig forsvarlig. Dermed vil det være sentralt å forsikre dem om at hjemmesykepleie og sykehus skal bidra med det de trenger av hjelp for at de skal føle seg trygge (Norås, 2010, s. 334).

Det fremheves i studien til Mehta et al. (2011) at støtte og informasjon fra sykepleiere bør gis før de skal påta seg det store ansvaret. Det bør tas en vurdering på hvor mye kunnskaper pårørende har om smerter for å kunne skreddersy en plan for videre hjemmesykepleie. Det vil være en fordel dersom pårørende klarer å skille mellom forskjellige typer smerter pasienten opplever, dermed kan de bidra til å rapportere videre til hjemmesykepleien for å få optimal og mest effektiv smertelindring. Selv om det er sykepleiere som oftest som har hovedansvaret for medisiner, er det hensiktsmessig at pårørende kan bidra til å observere da det er de som er mest rundt pasienten, og ser og kjenner de på en annen måte (Mehta, et al., 2011). Norås (2010, s. 335) påpeker at en skal ta pårørende og pasient på alvor, å finne ut hva de opplever som skremmende i situasjonen. Det er viktig med en individuell og skreddersydd plan, da det er ulike tiltak til ulike tider, dette er med på å skape en trygg ramme for både pasient og pårørende (Norås, 2010, 335). Tidlig i forløpet bør en få rede på hvilke forventninger pårørende har til hjemmesykepleien, samt gi støtte og informasjon hele veien vil bidra til at de føler seg ivaretatt og trygge. Pårørende er viktige resurspersoner i denne situasjonen, og når de føler seg møtt bidrar det til en god relasjon mellom de og hjemmesykepleie som gjør situasjonen lettere (Tellungen, u.å.)

5.4 Sykepleierens kunnskap og kompetanse

Røgenes et al. (2013) hevder at kjernen og grunnlaget for god palliativ sykepleie baserer seg på om sykepleieren har kunnskap og kompetanse, samt hvordan sykepleier-pasient relasjonen er. Flere funn gjennom forskning og litteratur i oppgaven viser at sykepleieren har en stor og viktig rolle når det gjelder smertelindring til kreftpasienter i palliativ fase som bor i hjemmet. I studien til Gibbins et al. (2014) blir viktigheten av sykepleierens kunnskaper rundt palliativ omsorg fremhevet. Dette innebærer kunnskaper spesielt rundt smertelindring, både medikamentell og ikke-medikamentell. Pårørende er de som er mest rundt pasienten, men oppnår en trygghet når det viser seg at sykepleieren har kunnskap og kompetanse som samsvarer med pasientens behov. Molnes (2014) sier at tryggheten som sykepleierne har gjennom kunnskap og kompetanse, gjør at situasjonen i hjemmet blir bedre, og det kan ligge et hovedfokus på pasientens og pårørendes behov. Det blir fremhevet at kunnskapen til sykepleieren blir viktig i arbeidet med å observere pasienten og pårørende, samt lytte. I flere situasjoner må sykepleieren ta en avgjørelse om pasienten for eksempel trenger mer smertelindring, da vil en forutsetning være basert på kunnskapen og kompetansen sykepleieren har. Det vil si kunnskaper rundt kartlegging av smerter, medikamentelle og ikke-

medikamentelle smertelindrende tiltak, sykdomsbildet til pasienten, kommunikasjon, samt kunne håndtere teknisk utstyr (Molnes, 2014).

Ifølge Helsepersonelloven §4 (1999) stilles det også krav til helsepersonell om at hver enkelt skal utøve arbeidet med faglig forsvarlighet og omsorg. Loven påpeker at arbeidet skal utøves ut ifra kvalifikasjoner, situasjon og arbeidets karakter. Dersom det er nødvendig og behov, skal det innhentes bistand. Gibbins et al. (2014) sier at i hjemmesykepleien arbeider sykepleier som oftest selvstendig, dermed stilles det et ekstra stort ansvar og forventninger. Det hevdes i studien at sykepleieren innhenter bistand fra andre dersom det oppstår akutte og krevende situasjoner. Erfaringer fra dette er at en tar kontakt med fastlege eller om det er en kreftsykepleier i kommunen for å diskutere problemstillinger. Gjennom et slikt tverrfaglig samarbeid kommer en frem til gode løsninger, samt styrker kunnskapen og kompetansen, og dermed bidrar det til en bedre smertelindring hos pasienten. Da fremmes tryggheten hos pasient og pårørende, og den palliative sykepleien blir bedre.

5.5 Konklusjon

Gjennom denne litteraturstudien har det blitt arbeidet med å finne ut hvordan sykepleier kan bidra til at pasienter med kreft i palliativ fase som bor i hjemmet oppnår smertelindring i høyest mulig grad. Det er lagt vekt på forutsetninger og faktorer som gjør at pasienten kan tilbringe den siste tiden hjemme, samt hvordan sykepleier arbeider for å kunne gi best mulig smertelindring. Dette innebærer observasjoner, kartlegging, planlegging, og iverksetter tiltak. En viktig faktor er sykepleierens kunnskap og kompetanse rundt sykdommen til pasienten, smertelindrende tiltak, og ikke minst pasienten som menneske. Det er tydelig at alle er forskjellige, og en skal ikke sammenlikne noe som fungerte på en pasient til en annen. For å kunne gi god smertelindring må dermed sykepleier sette seg grundig inn i den enkelte pasienten å finne ut av de individuelle behovene og ønskene. Det viser seg at en god relasjon eller et godt menneske-til-menneske forhold bidrar til bedre smertelindring. Dette bygger på kommunikasjonen og all interaksjon sykepleieren har med pasienten. Det bidrar til en bredere forståelse og innsikt i den enkelte pasienten. Ved et menneske-til-menneske forhold bidrar sykepleieren også til å mestre situasjonen til pasient og pårørende, gjennom å være en person de føler de kan prate om det som er vondt, og kan støtte seg på om ting som er vanskelige

Ved bruk av gode rutiner med standardiserte kartleggingsverktøy som VAS og ESAS bidrar til viktig informasjon om pasientens smerter og symptomer, som kan være et godt grunnlag for videre behandling av smertene. Selv om hovedbehandlingen i smertelindringen er

medikamentell, viser det seg også at den ikke-medikamentelle smertebehandlingen kan ha mye å si for smertene til pasienten. En god kombinasjon av disse vil derfor være best for en optimal smertelindring. Pårørende er en viktig ressursperson i denne fasen, og det vil være like viktig å ivareta de som pasienten. God informasjon gjennom hele forløpet, samt en god organisering og tett samarbeid med sykehus og fastlege vil skape trygge rammer rundt pasient og pårørende. Gode rutiner, kunnskap og kompetanse, menneske-til-menneske forhold, samarbeid med pårørende og tverrfaglig bidrar dermed til smertelindring i høyest mulig grad.

Referanseliste

- Bergdahl, E., Benzein, E., Ternestedt, B.-M., & Andershed, B. (2011). Development of nurses' abilities to reflect on how to create good caring relationships with patients in palliative care: an action research approach. *Nursing Inquiry*, 18(2), 111-122. doi:10.1111/j. 1440-1800.2011.00527.x
- Berntzen, H., Danielsen, A., & Almås, H. (2010). Sykepleie ved smerter. I H. Almås, D-G. Stubberud, & R. Grønseth (Red.), *Klinisk sykepleie 1* (4. Utg., s. 355-398). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Birkeland, A., & Flovik, A. M. (2014). *Sykepleie i hjemmet*. Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Bjørge, S. (2010). Smerte og smertebehandling. I A. M. Reitan, & T. K. Schjøllberg (Red.), *Kreftsykepleie: pasient-utfordring-handling* (3. utg., s. 194-213). Oslo: Akribe.
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving*. Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Forsberg, C. & Wngström, Y. (2013). *Att göra systematisk litteraturstudier*. (2. utg.). Stockholm: Natur och Kultur.
- Gibbins, J., Bhatia, R., Forbes, K., & Reid, C. M. (2014). What do patients with advanced incurable cancer want from the management of their pain? A qualitative study. *Palliative Medicine*, 28(1), 71-78. doi:10.1177/026921631348310
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell m.v.* Hentet fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64#KAPITTEL_4
- Helsedirektoratet. (2015). *Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen*. Hentet 15. mars 2017 fra <http://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/palliasjon/innledning-revidert/definisjon-av-palliasjon>
- Iversen, G. S. (2012). Hva er lindrende behandling?. *Kreftsykepleie* (2), 10-14. Hentet fra https://sykepleien.no/sites/sykepleien.no/files/electronic-issues/articles/hva_er_lindrende_behandling.pdf

- Kreftregisteret. (2016, 27. oktober). *Cancer in Norway 2015*. Hentet 14. mars 2017 fra https://www.kreftregisteret.no/globalassets/cancer-in-norway/2015/norsk_sammendrag-cin.pdf
- Kunnskapsbasert praksis. (2012). *Sjekklistor*. Hentet 22. mars fra <http://kunnskapsbasertpraksis.no/kritisk-vurdering/sjekklistor/>
- Lorentsen, V. B., & Grov, E. K. (2010). Generell sykepleie ved kreftsykdommer. I H. Almås, D-G. Stubberud, & R. Grønseth (Red.), *Klinisk sykepleie 2* (4. utg., s. 401-431). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Mehta, A., Cohen, R., Ezer, H., Carnevale, F. A., & Ducharme, F. (2011). Striving to respond to palliative care patient's pain at home: a puzzle for family caregivers. *Oncology Nursing Forum*, 38(1), E37-45 1p. doi:10.1188/11.ONF.E37-E45
- Molnes, S. I. (2014). Sykepleieres erfaringer med smertelindring til hjemmeboende kreftpasienter. *Nordisk Sygeplejeforskning*, (02), 142-155.
- Norås, I. N. (2010). Kreftsjukepleie i heimen. I A. M. Reitan, & T. K. Schjølberg (Red.), *Kreftsjukepleie: pasient-utfordring-handling* (3. utg., s. 331-349). Oslo: Akribe.
- Røgenes, G. K., Moen, A., & Grov, E. K. (2013). Heimesjukepleiars perspektiv på forhold som fremjar palliasjon i heimen. *Klinisk Sygepleje*, 27(1), 64-76.
- Tellugen, I. (u.å). *Lindrende (palliativ) behandling*. Hentet fra <https://kreftforeningen.no/om-kreft/kreftbehandling/lindrende-behandling/>
- Thidemann, I-J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Vedlegg

Vedlegg 1 – Resultattabell

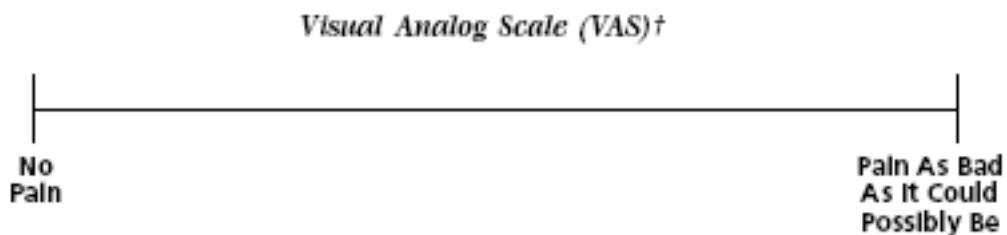
Artikkel	Hensikt	Metode og datasamling	Utvalg	Resultat
Mehta, A., Cohen, R., Ezer, H., Carnevale, F. A. & Ducharme, F. (2011) <i>”Striving to Respond to Palliative Care Patient’s Pain at Home: A Puzzle for Family Caregivers”</i>	Beskrive og undersøke hvilke type smerter pasienter i palliativ fase som bor hjemme opplever, og hvordan pårørende håndterer disse.	Det er en kvalitativ studie som bruker ansikt-til-ansikt intervju. Intervjuene ble tatt opp og innehold spørsmål relatert til smertene til pasienten.	Det var 24 pårørende/familiemedlemmer som deltok i studien. Deltakerne hadde omsorg for pasientene i hjemmet. Pasientene hadde ulike kreft sykdommer i palliativ fase.	Omsorgspersonene opplevde ulike typer smerter, og eksperimenterte dermed med ulike tiltak. Det kom frem at det kunne være vanskelig å skille mellom ulike smerter, og dermed ble det ikke gitt hensiktsmessige tiltak. Det kom frem at sterke opioider som morfin som lindret smertene best. Støtte og informasjon fra sykepleier til pasient og pårørende ble fremhevet.
Gibbins, J., Bhatia, R., Forbes, K. & Reid, C. (2014) <i>”What do patients with</i>	Utforske hvordan pasienter med uhelbredelig kreft beskriver kontrollen av	Det er en kvalitativ studie. Det ble utført ansikt-til-ansikt intervju av en forsker. Intervjuene ble	Det var en spesialist i et palliativt som introduserte studien for pasientene. Det var 12	Pasientene ønsket å opprettholde en selvstendig rolle. De hadde et sterkt ønske om å være smertefri for å utføre daglige

<p><i>advanced incurable cancer want from the management of their pain?"</i></p>	<p>smerte, og kva de ønsker og forventer av sykepleiere med tanke på smertelindring.</p>	<p>tatt opp og analysert.</p>	<p>personer som deltok i studien med flere ulike kreftsykdommer. Det var begge kjønn i alderen 42-81 år.</p>	<p>gjøremål. Forventninger til helsepersonell var at de er støttende og tilgjengelige, samtidig har god kunnskap om smertelindring. Det sto sentralt at en jevnlig kontakt mellom pasient og sykepleier bidrog til bedre smertelindring.</p>
<p>Bergdahl, E., Benzein, E., Ternestedt, B.-M. & Andershed, B. (2011)</p> <p><i>"Development of nurses' abilities to reflect on how to create good caring relationships with patients in palliative care: an action research approach"</i></p>	<p>Styrke sykepleiere til å reflektere over hvordan de kan skape en god og omsorgsfull relasjon med palliative pasienter i hjemmesykepleien.</p>	<p>Aksjonsforskning ble brukt som metode. Forskeren har en dobbeltrolle som forsker og deltaker i prosessen. For å samle inn data til forskingen utføres det en prosess med problemidentifisering, planlegging, handling og evaluering.</p>	<p>Alle sykepleiere ble invitert via plakater som ble hengt opp på avdelingen til å delta i forskningsprosessen. Syv kvinnelige sykepleiere og en mannlig sykepleier besluttet å delta. De var mellom 24 og 50 år og hadde jobbet som sykepleiere mellom 3 og 26 år.</p>	<p>Det kom frem tre problemområder som førte til dårlig relasjon mellom pasient og sykepleier: mangel på kommunikasjon, dårlig tid, og mangel på fagkunnskap om palliativ behandling og smertelindring. Forbedring på disse områdene ville føre til bedre relasjon mellom pasient og sykepleier.</p>

<p>Molnes, S. I. (2014)</p> <p><i>”Sykepleieres erfaringer med smertelindring til hjemmeboende kreftpasienter”</i></p>	<p>Sette søkelys på smertelindring til hjemmeboende kreftpasienter. Hvordan sykepleiere beskriver egen praksis, og hva de etterlyser av spesiell kompetanse i arbeidet med denne pasientgruppen.</p>	<p>Det er en kvalitativ studie som baserer seg på en beskrivende undersøkelse. Data ble samlet gjennom halvstrukturerte, individuelle intervjuer. Lydopptak ble benyttet, og deltakerne snakket om sine erfaringer når det gjaldt smertelindring til hjemmeboende kreftpasienter.</p>	<p>Det ble sendt brev til distriktsledere i tre omsorgsdistrikter i Midt-Norge. Lederne sendte skriftlig tilbakemelding om at de ønsket å være med i studien. Inklusjonskriterier for å være med i studien var at sykepleierne jobbet i hjemmesykepleien, og at de hadde jobbet der i minst ett år. Det var ti sykepleiere som deltok i studien.</p>	<p>Funn fra intervjuene pekte forhold som kunne bidra til bedre smertelindring til denne pasientgruppen. Det var faglig oppdatering, bedre beammaning, holdninger, og bedre organisering rundt utskrivelse fra sykehus. Det fremheves at bruk av kartleggingsverktøyer gir grunnlag for gode smertelindrende tiltak. Dersom sykepleieren har god kunnskap og kompetanse bidrar det til trygghet for pasient og pårørende.</p>
<p>Røgenes, G. K., Moen, A. & Grov, E. K. (2013)</p> <p><i>”Heimesjukepleie”</i></p>	<p>Finne ut hva sykepleiere vektlegger som fremmede faktorer for</p>	<p>Studien har et ikke-eksperimentelt, deskriptivt design med kvantitativ</p>	<p>Spørreskjemaet ble sendt ut til sykepleiere i 10 kommuner i Sør-Norge som arbeidet i</p>	<p>Det var spesielt tre tema som ble fremhevet som var fremmede faktorer til palliasjon i hjemmet fra</p>

<p><i>iarens perspektiv på forhold som fremjar palliasjon i heimen”</i></p>	<p>lengst mulig tid hjemme for pasienter i palliativ fase.</p>	<p>deduktiv metode. Det ble utviklet et spørreskjema for undersøkingen. Spørreskjemaet inneholdt 74 påstander der respondenten kunne krysse av på en skala.</p>	<p>hjemmesykeplei en. Det ble sendt ut 346 spørreskjema, og de fikk tilbake 189 svar. Kontaktperson i hver kommune rapporterte hvor mange skjema som ble distribuert, og de returnerte ferdigfylte skjema i en samlekonvolutt.</p>	<p>sykepleierens perspektiv: kunnskap og videreutdanning, erfaring som kilde til kunnskap, og struktur og tilpasset organisering. Mellommenneskelige relasjoner viser seg å være grunnleggende i den palliative sykepleien.</p>
---	--	---	--	---

Vedlegg 2 – Visual Analog Scale (VAS)



Visual Analogue Scale. Hentet fra Physiopedia (u.å.): [http://www.physio-
pedia.com/Visual_Analogue_Scale](http://www.physio-
pedia.com/Visual_Analogue_Scale)

Vedlegg 3 – Edmonton Symptom Assessment System (ESAS)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Pasientens navn: _____

Dato: _____

Tidspunkt: _____

Fylt ut av (sett ett kryss):

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

8/12-2010

Symptomkartlegging i palliativ medisin. Hentet fra Tidsskriftet (2012):
<http://tidsskriftet.no/2012/01/kommentar/symptomkartlegging-i-palliativ-medisin>

