



Høgskulen på Vestlandet

Sykepleie, forskning og fagutvikling (Bacheloroppgave)

SYKSB3001

Predefinert informasjon

Startdato:	26-02-2018 09:00	Termin:	2018 VÅR
Slutt dato:	26-04-2018 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Sykepleie, forskning og fagutvikling (Bacheloroppgave)	Studiepoeng:	12
SIS-kode:	203 SYKSB3001 1 PRO-1 2018 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.: 535

Informasjon fra deltaker

Tittel *: Sykepleie til den terminale kreftpasienten i hjemmesykepleien

Antall ord *: 7792

Navn på veileder *: Karen Irene Høyland

Tro- og loverklæring *: Ja

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

Jeg godkjenner avtalen om publisering av bacheloroppgaven min *

Ja



**Høgskulen
på Vestlandet**

BACHELOROPPGAVE

Sykepleie til den terminale kreftpasienten i hjemmesykepleien
Nursing care for the terminal ill cancer patient living at home

Bacheloroppgave i sykepleie

Sykepleie, Stord, 2015

Kandidatnummer: 535

Veileder: Karen Irene Høyland

Innleveringsdato: 26.04.2018

Antall sider: 24

Antall ord: 7792

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 10.

Sykepleie til den terminale kreftpasienten i hjemmesykepleien
Nursing care for the terminal ill cancer patient living at home



(Pixabay, 2018)

Bacheloroppgave i sykepleie

Sykepleie, Stord, 2015

Kandidatnummer: 535

Veileder: Karen Irene Høyland

Innleveringsdato: 26.04.2018

Antall sider: 24

Antall ord: 7792

*Den fyrste song eg høyra fekk
var mor sin song ved vogga.
Dei mjuke ord til hjarta gjekk,
dei kunne gråten stogga.*

*Dei sulla meg så underleg,
så stilt og mjukt te sova.
Dei synte meg ein fager veg
opp frå vår vesle stova.*

*Den vegen ser eg ennå tidt
når eg fær auga kvila.
Der stend ein engel, smiler bildt
som berre ei kan smila.*

*Og når eg sliten trøytmar av
i strid mot alt som veilar.
Eg høyrer stilt frå mor si grav
den song som allting heilar (Per Sivle, 1877)*

Sammendrag:

Tittel

Sykepleie til den terminale kreftpasienten i hjemmesykepleien

Hensikt

Hensikten med oppgaven er å beskrive hvordan sykepleie kan bidra til at kreftpasienter får muligheten til en fredfull død i hjemmet.

Metode

Oppgaven er litteraturstudie, hvor kvantitative- og kvalitative forskningsartikler, litteratur, Hendersons sykepleierteori og egne erfaringer er vektlagt som grunnlag for å belyse problemstillingen.

Resultat

Smertelindring, kommunikasjon, kompetanse og informasjon er sentrale faktorer for at kreftpasienten kan få en fredfull død i hjemmet. Like sentralt står tverrfaglig samarbeid og helhetlig sykepleie. Noen andre avgjørende momenter er trolig et godt smil, et varmt blitt, empati, lytting og oppmerksomhet rettet mot pasienten.

Nøkkelord: Smertelindring, Kommunikasjon, informasjon, kompetanse, tverrfaglig samarbeid, sykepleie, palliasjon, hjemmesykepleie

Abstract:

Title

Nursing care for the terminal ill cancer patient living at home

Aim

The purpose of the assignment is to describe how to help cancer patients through nursing, to get the chance of a peaceful death in their home.

Method

The assignment is a literature study. Quantitative and qualitative articles, literature, Henderson's nursing theory and own experience have been used to elucidating the issue of the topic.

Resultat

Pain relief, communication, competence and information are key factors for the cancer patient to have a peaceful death in the home. Equally important is interdisciplinary cooperation and comprehensive nursing. Some other crucial moments could be a good smile, a warm being, empathy, listening and attention directed at the patient.

Keywords: Pain relief, communication, informatin, competence, interdisciplinary cooperation, nursing, palliative care, home nursing

Innholdsfortegnelse

1	Introduksjon	1
1.1	Problemstilling	1
1.2	Avgrensinger og presisering av problemstilling	1
1.3	Begrepsavklaring.....	1
2	Teoridel.....	2
2.1	Sykepleierteoretisk perspektiv	2
2.4	Smertelindring.....	4
2.4.1	Medikamentell smertelindring.....	4
2.4.2	Ikke-medikamentell smertelindring.....	4
2.5	Kommunikasjon	5
2.6	Hjemmet som arena.....	6
3	Metode	7
3.1	Kvalitativ og kvantitativ metode.....	7
3.2	Fremgangsmåte	8
3.3	Metodekritikk	8
3.3.1	Vurdering av egen oppgave.....	8
3.3.2	Vurdering av forskningsartikler og litteratur.....	9
3.4.3	Etikk i oppgaveskriving.....	9
4	Resultat	11
4.1	Sammendrag av artikler	11
4.2	Samlet analyse av resultater	14
5	Drøfting.....	15
5.1	Forutsetninger for å kunne tilbringe den siste tiden i eget hjem	15
5.2	Det avgjørende samarbeidet.....	17
5.3	Sykepleie til den terminale kreftpasienten	18
5.4	Kommunikasjon mellom sykepleier og pasient	19
5.5	Smertelindring.....	20
5.6	Når døden nærmer seg.....	22
6	Avslutning.....	24
	Referanseliste.....	25

Vedlegg	29
Vedlegg 1	29
Vedlegg 2	30
Vedlegg 3	33

1 Introduksjon

I 2016 fikk 32 827 kreftdiagnose i Norge (Kreftregisteret, 2016). I dag blir diagnostisert tre ganger så mange tilfeller av kreft, sammenlignet med 50 år tilbake. Risikoen for kreft øker ved alderen, men kan ramme alle aldersgrupper. Rundt 10 000 mennesker dør av kreft hvert år, noe som gjør det til den andre vanligste dødsårsaken i Norge (Kreftforeningen, 2012).

Studier viser også at flere og flere pasienter ønsker å tilbringe den siste tiden av livet i sitt hjem (Birkeland & Flovik, 2014, s.96). Bettina Husebø hevder internasjonale studier viser at 70% ønsker å være hjemme så lenge som mulig når livets slutt nærmer seg. I Norge får 14% oppfylt dette ønsket (Fonn, 2015). Hvilke forutsetninger må være på plass får å kunne tilbringe den siste tiden hjemme?

Tidlige kontaktsykepleiere og kollegaer har gitt uttrykk for at de ikke har nok kunnskap og kompetanse på hvordan de skal utøve og behandle pasienter på en best mulig måte i slike situasjoner. Forskning viser at kompetansenivået innen kreftlindring i norske kommuner er for lavt (Vasset, 2013).

Temaet for min bacheloroppgave ble valg på bakgrunn av flere aspekt. Jeg ønsker å skrive en faglig relevant oppgave, samt at jeg personlig ønsker mer kompetanse innen sykepleie til dødende kreftpasienter. Tall viser at flere å flere får kreft, og at sykepleierfaglig kreftkompetanse ikke er god nok. På bakgrunn av at jeg har lite erfaring og kompetanse innen emnet, og selv har opplevd å miste nær familie til kreft, gir det meg et ekstra stort engasjement.

1.1 Problemstilling

Hvordan kan sykepleie bidra til at kreftpasienter får muligheten til en fredfull død i hjemmet?

1.2 Avgrensinger og presisering av problemstilling

Som sykepleier i hjemmesykepleien vil man trolig møte på kreftpasienter som ønsker å tilbringe den siste tiden av livet i sitt eget hjem. Jeg ønsker å fokusere på hvordan sykepleie kan bidra til at pasienter får en fredfull død, samt få muligheten til å dø i sitt eget hjem. Pårørende står svært sentralt i forhold til valg av tema, men oppgaven vil først og fremst ha fokus på pasientene. Problemstillingen vil bli sett i lys av Virginia Hendersons sykepleieteori, da hennes overordnede mål er at sykepleie blant annet skal bidra til eventuelt fredfull død.

1.3 Begrepsavklaring

Terminal pleie → Terminal pleie dreier seg om kontinuerlig symptomregistrering og dokumentasjon for å kunne gi lindrende behandling, vurdere smerte, kvalme, uro, evaluere tiltak og følge opp videre (Norås, 2010, s. 347)

Hjemmesykepleie → Birkeland og Flovik (2014, s. 15) definerer hjemmesykepleie som den helsehjelp som utøves av profesjonelle til pasient og dennes pårørende i hans hjem. Et sentralt fokusområde i hjemmesykepleien er å dekke pasientens grunnleggende behov.

Omsorg i sykepleien → Ovenfor den hjelpetrengende skal sykepleieren utføre omsorgsfulle og kyndige handlinger. En skal kunne handle faglig kyndig på en medmenneskelig måte for å kunne bygge opp tillit, vise tolmodighet og være forståelsesfull (Kristoffersen & Nortvedt, 2011, s.84). Birkeland og Flovik (2014, s.99) skriver at omsorg dreier seg om det å være et medmenneske, lytte å være til stede.

Kreft → Kroppen består av milliarder av celler, som former seg ved celledeling. Når cellene ikke lenger klarer å dele seg kontrollert eller utføre oppgavene sine, har det oppstått kreft. Ettersom at kreftcellene deler seg ukontrollert, vil det danne seg en opphopning av kreftceller i det eventuelle organet. (Lorentzen & Grov, 2010, s. 402).

2 Teoridel

Oppgavens teorikapittel vil synliggjøre Virginia Henderson sitt sykepleierteoretiske perspektiv, palliasjon og terminal fase, smertelindring, kommunikasjon og hjemmet som arena.

2.1 Sykepleierteoretisk perspektiv

“Sykepleierens enestående funksjon er å hjelpe mennesket, enten det er sykt eller friskt, til å utføre de handlinger som bidrar til helse eller gjenvinning av helse (eller til en fredfull død) som han ville ha utført uten hjelp hvis han hadde hatt den nødvendige styrke, vilje og kunnskap til dette. Og det er å gjøre dette på en måte som hjelper han til å bli så selvstendig som mulig” (Henderson, 1997)

Virginia Hendersons (1897-1996) sykepleierteori omhandler hvordan sykepleieren kan identifisere og bevare pasientens grunnleggende behov. Hendersons overordnede mål var at sykepleierne skulle restituere pasientens selvstendighet, og eventuelt bidra til en fredfull død (Henderson, gjengitt etter Kristoffersen, 2011, s.225)

Hendersons sykepleiedefinisjon handler om gjøremål som er nødvendige for god helse, helbredelse eller en fredfull død. Når en person ikke lenger er i stand til å utføre nødvendige gjøremål i forhold til grunnleggende behov, vil personen ha behov for sykepleie. Sykepleieteoretikeren understreker at pasienten bør være aktiv og ansvarlig deltager i mottagelsen av sykepleie. Pasienten vil oftest ha klare forventninger til hvordan ulike gjøremål skal utføres, og kjenner best sine egne behov. Henderson (1997) skriver at sykepleieren må ha et lyttende øre for å trenge inn under overflaten på en pasient. Sykepleieren må hele tiden prøve å forstå, oppfatte og tolke pasientens ord og stillhet.

Hun skriver at effektiv sykepleie som regel er planlagt, men å skrive opp en skriftelig plan kan tvinge sykepleieren til å tenke igjennom pasientens behov, å hvilke sykepleiertiltak som må iverksettes. Planen skal inneholde hva som er nødvendig å gjøre for, og med pasienten (Henderson, 1997).

2.3 Palliasjon

Palliasjon kan defineres som en prosess som starter når en pasient har fått uhelbredelig sykdom, og avsluttes når pasienten dør. I den palliative fasen er målet livsforlengelse, symptomlindring og best mulig livskvalitet for pasienten (Gro, 2015, s.523) Sykepleien og behandlingen det dreier seg om, kan dermed holde palliasjonsforløpet i sjakk. Ivaretagelse av pasienten og pårørende på en best mulig måte står sentralt (Lorentsen & Gro, 2015, s.427).

Lorentsen & Gro (2015, s.427) skriver at symptomlindring vil være svært relevant, og ofte kan pasienten få en symptomgruppe. Etersom at symptomene endrer seg over tid, er det nødvendig å følge med på dens sammenheng og utvikling. Tungpusthet, angst og fatigue blir beskrevet som en symptomgruppe, samt smerter og fatigue, smerter og fordøyelsesproblemer. I palliativ fase vil også symptomlindring av psykisk karakter stå sentralt (Lorentsen & Gro, 2015, s.427).

Sykepleieren vil ha en nødvendig rolle i forløpet, innen observasjoner og kliniske vurderinger, samt kartlegging av pasientens livskvalitet. Videre skal sykepleieren sørge for at pasientens grunnleggende behov blir ivarettatt, som blant annet innebærer pasientens psykososiale behov, ernæringsstatus og smertenivå (Lorentsen & Gro, 2015, s.427-430).

Det er flere endringer som kan tyde på at døden nærmer seg. Rosland, Hofacker, & Paulsen (2006) skriver at søvnbehovet øker, fysikken svekkes, interesse for omgivelsene minker og bevisstheten faller gradvis. Pårørende vil oppleve mindre respons, og pasienten mister orienteringsevnen. Pasienten vil kun ta til seg små slurker vann, og vil ha vanskeligheter med å ta tablett (Rosland, Hofacker, & Paulsen, 2006). Pasienten er nå over i en terminal fase, som strekker seg over få uker eller dager. I løpet av det siste døgnet opptrer ofte cyanose og marmorering. Pulsen blir hurtig og svakere, nese, hender og ører blir kaldere. Pusten forandres, og pasienten kan få økende surkling (Rosland, Hofacker, & Paulsen, 2006).

2.4 Smertelindring

2.4.1 Medikamentell smertelindring

Smertelindring under den palliative fasen står svært sentralt. Noen pasienter er mer bekymret for smerter enn selve døden (Lorentsen & Grov, 2015, s.430). Dersom man forventer at pasienten vil få mye smerter, må det være avklart hvem som har det medisinskfaglige ansvaret. Dette krever at hjemmesykepleien må ha tverrfaglig samarbeid og kontakt med lege og/eller sykehus (Birkeland & Flovik, 2014, s.100).

I palliativ fase vil administrering av legemidler ofte være nødvendig. Sykepleieren har ansvar for å administrere legemidlene, og observere virkning og bivirkning. Dyspné og smerter er de mest ubehagelige symptomene. Disse symptomene kan ofte henge sammen med kvalme, forstoppelse, angst, depresjon, fatigue og pasientens personlighet. Det finnes et medikamentskrin for pasienter i palliativ fase, også kalt sunnivaskrinet og/eller fire medikamenter i livets slutfase. Opiatet Morfin, blir gitt for smerte og dyspne. For angst, uro, panikk, muskelrykninger og krampe gis medikamentet Midazolam. Haldol blir brukt for kvalme, uro og agitasjon, mens Robinul skal lindre surkling i øvre luftveier, ileus og kolikk. (Grov, 2015, s.532).

Cytostatika brukes for å drepe kreftceller. Dersom pasienten ikke lenger kan helbredes, kan cellegift brukes som en livsforlengende behandling. I dette tilfellet er det svært avgjørende at cytostatikaen doseres på en slik måte at pasienten ikke får kraftige bivirkninger. Dette for å unngå at bivirkningene blir en dominerende del av pasientens slutt på livet (Slørdal, 2014, s.132).

2.4.2 Ikke-medikamentell smertelindring

Musikk, akupunktur, avledning, massasje og avspenningsteknikker kan bidra til å redusere til kreftpasientens opplevelse av smerte. Metodene kan virke angstdempende og stressreducerende, og kan derfor være et supplement til medikamentell smertelindring. Dersom pasienten lider av muskelsmerter, kan fysioterapi, akupunktur, aromaterapi og kulde- eller varmebehandling virke lindrende (Lorentsen & Grov, 2015, s.423).

Kognitiv adferdsterapi kan også virke inn på smerteopplevelsen. Kognitiv adferdsterapi går ut på å endre pasientens tankemønstre, for at pasienten skal kunne opparbeide større tiltro til egen mestringsfølelse. Pasienter med høy mestringsevne, har bedre livskvalitet og rapporterer mindre smerte, fysiske og psykiske symptomer. Håp er også et sentralt begrep innen smertelindring, og Lorentsen & Grov (2015, s.423) skriver at pasienten kan mestre smerteopplevelse bedre ved at sykepleieren styrker håpet. Håp om en smertefri natt kan være et kortsiktig oppnåelig mål for pasienten, som gir håp og mening i den eventuelle situasjonen (Lorentsen & Grov, 2015, s.423).

2.5 Kommunikasjon

Kommunikasjon kommer av det latinske begrepet *communicare*, som betyr å gjøre noe felles, delaktiggjøre en annen i, eller å ha forbindelse med. Det kan defineres som å utveksle meningsfylte tegn og signaler, mellom to eller flere parter (Eide & Eide, 2013, s.17).

Som sykepleier skal en kunne kommunisere på en profesjonell og helsefaglig måte. Å skape gode relasjoner til pasient og pårørende kan være avgjørende for behandlingsresultatet. Evnen til å lytte, skape god kontakt og forstå, kan være en motiverende faktor for endring og utvikling. God og riktig informasjon kan være en avgjørende for den kreftsyke pasienten. Kommunikasjon skaper rom for å utveksle meninger, og danne nye forståelser (Eide & Eide, 2013, s.19).

Hvilken informasjon pasienten ønsker å vite, kan derimot være avgjørende etter kjønn, religion, kultur og alder. Man må også ta hensyn til om pasienten er mottagelig for informasjon på det eventuelle tidspunktet, og hvilket informasjonsbehov pasienten har. Noe som kan være en utfordring, er dersom sykepleieren informerer mer enn hva pasienten ønsker å vite. Det er viktig å ta utgangspunkt i pasientens situasjon, og på forhånd avklare hva pasienten ønsker å få informasjon om. Det kan skape store emosjonelle reaksjoner for en pasient å få for mye informasjon om kreftsykdommen. Sykepleier og legens holdninger kan være avgjørende om pasienten oppfatter informasjonen som mismot eller håp (Lorentsen & Grov, 2015, s.414).

2.6 Hjemmet som arena

Hjemmesykepleie kan enkelt defineres som sykepleie i hjemmet. Et sentralt fokusområde i hjemmesykepleien er å dekke pasientens grunnleggende behov. I motsetning til korte sykehusopphold, kan sykepleierne bli godt kjent med pasienten, og følge han gjennom ett sykdomsforløp (Birkeland & Flovik, 2014, s.13).

Birkeland & Flovik (2014, s.96) skriver at mange pasienter ønsker å tilbringe den siste tiden av livet, i sitt hjem. Foruten om hjemmesykepleie, vil pasienten ofte ha behov for en uformell omsorgsperson boende med seg, ofte ektefelle (Birkeland & Flovik, 2014, s.96).

Hjemmesykepleien sin rolle er å lindre smerte og lidelse hos pasienten, men omsorgen skal verken ha hensikt i å fremskyve, eller utsette døden. Sykepleiere er trolig yrkesgruppen som kommer nærest pasienten i den palliative fasen, men det kan være ideelt for pasienten å ha ulike helseinstanser rundt seg. Palliativt team, smertepoliklinikk, kreftsykepleier eller lege bør være et tilbud for pasienten (Birkeland & Flovik, 2014, s.100).

Birkeland & Flovik (2014, s.101) skriver at følgende forutsetninger bør være til stede for å kunne dø hjemme:

- Både pasient og pårørende må selv ønske det
- Den dødende skal ikke være alene over lengre tidsrom, dvs. At det må bo andre i boligen
- Pasienten må få ivaretatt den fysiske pleien inkludert smertelindring på en forsvarlig måte
- Det må være tilgang til nødvendig teknisk utstyr og hjelpemiddel
- Det må finnes ressurser til omsorg for pårørende
- De ulike delene av helsetjenesten, fortrinnsvis et begrenset antall personer, må være tilgjengelige hele døgnet

3 Metode

”Metoden er redskapet vårt i møte med noe vi vil undersøke” (Dalland, 2013, s.112). Metoden for denne bacheloroppgaven er litteraturstudie, basert på kvalitative og kvantitative forskningsartikler, pensum, sykepleieteori og annen relevant litteratur. Dataene skal tas i bruk for å svare på problemstillingen.

“I den litterære oppgaven anvender du ikke en bestemt metode, men du beskriver fremgangsmåten” (Dalland, 2013, s.228). En litterær oppgave bygges i hovedsak på skriftlige kilder. I en litteraturstudie, kan utgangspunktet for problemstillingen og temaet i oppgaven være noe en har opplevd i praksis, eller noe man finner spennende i pensum. Det metodiske redskapet i en litterær oppgave, er å kunne kritisk vurdere de skiftelige kildene (Dalland, 2013, s.223).

3.1 Kvalitativ og kvantitativ metode

Metode er et hjelpemiddel til å samle inn riktig informasjon til en undersøkelse. Ettersom at bacheloroppgaven skal undersøke fredfull og verdig død, vil omsorg være et sentralt begrep innen emnet. Studier basert på kvantitativ metode kan vise hvor mange pasienter som er fornøyde med omsorgen de mottar, på statistisk nivå. Om omsorgen som gis er av høy standard, forteller nødvendigvis ikke hvordan den dødende pasienten opplever den totale sykepleien. Det kreves et helhetlig bilde av pasientens oppfatning av god sykepleie, når livet nærmer seg slutten. Dette inkluderer for eksempel smertelindring og informasjon. En kvalitativ metode vil dermed ta foran seg den helhetlige sykepleien som trengs, for at pasienten kan få en verdig og fredfull død (Dalland, 2013, s.112).

Kvalitativ metode kan beskrives som en metode for undersøkning av hendelser og erfaringer for de som opplever dem, og hvordan andre kan tolke eller oppfatte hendelsen. I motsetning til kvantitativ metode som omhandler et stort antall enheter, vil kvalitativ metode dreie seg mer om noens egenskaper eller kjennetegn (Malt, 2015). Felles for metodene er at de på hver sin måte bidrar til å bedre forståelsen av det samfunnet vi lever i, og hvordan enkeltmennesket, grupper og institusjoner samhandler (Dalland, 2013, s.112).

3.2 Fremgangsmåte

For å søke etter forskningsartikler har jeg brukt biblioteket sine databaser på www.hvl.no. Jeg har benyttet meg av databasene CINAHL og Svemed+, samt Sykepleien.no. På biblioteket sine sider finnes det svært mange databaser for forskning. CINAHL ble valgt grunnet god erfaring med databasen, og fordi den tidligere har funnet gode og relevante forskningsartikler. Dersom ønsker artikler ikke ble funnet i CINAHL, ble derimot Svemed+ brukt. En artikkel er hentet fra sykepleien.no, på grunnlag av artikkelens relevans.

For å finne relevante søkeord ble det brukt nøkkelord fra problemstillingen. For å finne internasjonale artikler ble alle søkeord oversatt til engelsk. I selve søkingen ble det brukt "OR" og "AND", for å utvide og avgrense søket. Det ble benyttet søkeord som cancer, home, home care, home-based, palliative care, nurse, nurse perspective, home care nurse, terminal, ESAS og end of life. Med disse søkeordene ble det funnet relevante artikler for oppgavens problemstilling, selv om mange av artiklene omhandlet palliativ pleie på sykehus og på sykehjem. Det ble brukt avgrensinger i søkene, blant annet årstall og full tekst. Mange titler og abstracts ble lest igjennom, til slutt ble 5 ulike artikler valgt med i oppgaven.

Tabell over søkestrategier ligger under vedlegg 1.

3.3 Metodekritikk

Dalland (2013) skriver at kildekritikk blir brukt for å fastslå om en kilde er sann (Dalland, 2013, s. 67). Målet ved kildekritikk er å vise at en er i stand til å forholde seg kritisk til kildemateriale som blir brukt i en oppgave. Kritikken dreier seg om å vurdere og å karakterisere benyttet litteratur og andre kilder i en oppgave. Så langt det lar seg gjøre skal teoriene og forskningsresultatene vurderes opp mot oppgavens problemstilling (Dalland, 2013, s.72-73).

3.3.1 Vurdering av egen oppgave

I denne oppgaven har det blitt brukt bøker og artikler både utenfor og innenfor pensum litteratur. Dette på grunnlag av valgt problemstilling. Felles for pensumlitteratur som omhandler kreft, så dreier det seg svært mye om nyoppdaget, og ulike typer kreft. Likevel har de fleste bøkene som Klinisk sykepleie og Grunnleggende sykepleie noen kapitler som omhandler sykepleie til palliative/terminale kreftpasienter. Så langt det har latt seg gjøre har primærkilder blitt brukt, men det har også blitt brukt sekundærkilder som er hentet fra pensumlisten til høgskolen.

3.3.2 Vurdering av forskningsartikler og litteratur

Forskningsartiklene i oppgaven består av kvalitative og kvantitative studier. De kvalitative studiene har gitt et større innblikk i enkelte menneskers mening og forståelse rundt et bestemt tema, mens de kvantitative studiene har vært nyttig for blant annet statistikk. Det har vært litt utfordrende med engelske forskningsartikler, med tanke på egen forståelse og oversetting. Det som ofte kom igjen var at de som arbeidet i hjemmesykepleien ble definert med ulike titler, selv om de gjerne var sykepleiere uten videreutdanning. For å benytte nyest mulig i forskning i oppgaven, ble de fleste søkene avgrenset til en tidsperiode mellom 2016-2018. Likevel har det blitt hentet inn litt eldre forskning, grunnet relevans og aktualitet. Den ene forskningsartikkelen er hentet fra et sykehjem, men på grunn av relevansen i bruk av ESAS-skjema ble den likevell valgt med i oppgaven.

Forskningsartiklene i oppgaven er strukturert etter IMRoD, som står for introduction, Method, Results and Discussion. Modellen er en mal for hvordan en vitenskapelig artikkel skal bygges opp, i helsefag og naturvitenskap. Oppgaver som bygges opp etter IMRoD-modellen er ofte knappe og konsise, med et nøkternt og entydig språk. Introduksjonen skal vise at forfatteren kjenner fagfeltet og tidligere forskning, da metoddelen skal vise at resultatene er hentet på en troverdig og pålitelig måte. Resultatdelen skal dreie seg om presentasjon av resultater, som innebærer funn, data og empiri. Diskusjonen skal basere seg på tolkning og diskusjon rundt resultatene (Søk & Skriv, 2017). Sjekkliste fra Nasjonalt Kunnskapssenter for helsetjeneste ble brukt for å vurdere metodisk kvalitet av forskningsartiklene

3.4.3 Etikk i oppgaveskriving

Forskingsetikk dreier seg om planlegging, gjennomføring og rapportering av forskning å gjøre. Forskningsresultatene skal gi en sikker troverdighet, samt ivareta personvern. Forskningsdeltagere, eller pasienter, skal ikke bli påført skade eller unødvendige belastninger. Enkeltpersoners integritet og velferd skal ikke bli satt på spill som følge av forskningens mål om å vinne ny kunnskap og innsikt (Dalland, 2013, s.96).

Dalland (2013, s.96) har listet opp en liste med etiske kontrollspørsmål:

- Er prosjektets mål og metoder innenfor fagets normer og begrensninger?
- Er informert samtykke fra deltagerne innhentet på forsvarlig måte?
- Er det klart at det ikke foreligger avhengighetsforhold som kan tenkes å påvirke intervjupersonens samtykke?
- Er alle persondata tilstrekkelig anonymisert?
- Hvilke rettigheter til de berørte parter- deltakerne, undersøkeren og samfunnet som helhet, kan bli berørt av undersøkelsen? (Dalland, 2013, s.96)

Bacheloroppgaven inneholder ingen sensitive opplysninger. Fire forskningsartikler brukt i oppgaven har fått godkjenning av etisk komité, og/eller så har personvern blitt ivaretatt. Forskningen vil også bli satt opp mot de etiske kontrollspørsmålene. Den ene studien fantes det ikke godkjenning av etisk komité, men studien var en retrospektiv studie som baserte seg på palliative pasienter registrert under Regional Care Center. Det retningslinjene til Cinahl at forskningsartiklene som blir publiserte skal være godkjent av etisk komité om nødvendig.

4 Resultat

Oppgavens resultatkapittel inneholder presentasjon av forskningsartiklene som er brukt for å drøfte problemstillingen. Vedlegg 2 inneholder resultattabell.

4.1 Sammendrag av artikler

Artikkel 1: Access to information and counselling - older cancer patients' self-report: a crosssectional survey

Forfattere: Guldhav, Jepsen, Ytrehus, & Grov (2017).

Hensikt og metode: Hensikten med den norske studien av Guldhav, Jepsen, Ytrehus, & Grov (2017) var å undersøke hvor fornøyde kreftpasienter over 65år var med informasjon og rådgivning de ble tilbudt/gitt gjennom hjemmesykepleie og/eller kreftkordinator. Metoden er kvantitativ og med en tversnittstudie. 174 kreftpasienter fordelt i to norske regioner deltok i studie, som alle bodde i sitt eget hjem. Kreftpasientene som deltok ble utdelt ett spørreskjema, som fokuserte på hvor mye hjemmesykepleien ga følgende: Informasjon om sykdom og behandling, informasjon om konsekvenser og komplikasjoner om kreftsykdommen, ernæringsråd og råd innen fysisk aktivitet. Pasienter som var palliative, dårlige eller hadde kognitiv svikt ble utelukket.

Funn: 67-77% av deltagerne var ikke tilfreds med informasjonen og rådgivningen som ble tilbudt/gitt av hjemmesykepleien. Kvinner over 85 år og pasienter med gynekologiske eller hematologiske kreftdiagnoser, var de som ble minst fornøyde med hjemmesykepleien. Pasientene som hadde en egen kreftkordinator var derimot svært fornøyde.

Konklusjon: Studien konkluderer med at helsepersonell i hjemmesykepleien bør gi/tilby mer informasjon og rådgivning rundt kreftdiagnosen. Å ha tilgang til kreftkordinator kan også ha en positiv innvirkning på eldre kreftpasienter som bor hjemme.

Artikkel 2: Analytical Study of Short- and Long-term Results of Home-based Palliative Care Services to Cancer Patients

Forfattere: Datta, Majumdar, Debbarma, Janapati, & Datta (2017).

Hensikt og metode: Hensikten med studien av Datta, Majumdar, Debbarma, Janapati, & Datta (2017) var å vurdere omsorgsbehovet sengeliggende pasienter i terminalstadiet, samt vurdere den palliative omsorgen som ble gitt. Metoden er kvantitativ med en retrospektiv studie, som omhandler alle palliative pasienter registrert under Regional Cancer Center, Agartala mellom 2014-2016. Ti tverrfaglige grupper bestående av leger, sykepleiere, farmasøyter og sosialarbeidere fikk i oppgave å vurdere symptomer og smertelindring av palliative pasienter.

Funn: Studien kommer frem til at sengeliggende, hjemmeboende kreftpasienter fikk økt livskvalitet ved jevnlige besøk av hjemmesykepleie, samt symptom- og smertelindring gitt av autorisert personell. Symptomer som smerter, kvalme, forstoppelse, oppblåsthet og feber ble betraktelig redusert.

Konklusjon: Studien konkluderer med at palliative- og kreftpasienter i hjemmet bør få tilbud palliativteam, da det har en betraktelig positiv innvirkning på pasientens livskvalitet.

Artikkel 3: Challenges in home-based palliative care in Norway: a qualitative study of spouses' experiences

Forfattere: Hunstad & Svindseth (2011).

Hensikt og metode: Den norske studien av Hunstad & Svindseth (2011) dreier seg om hvilke ønsker den palliative pasienten har av ønsker, samt hvor han ønsker å dø. Studien er kvalitativ, hvor syv deltagerne var ektefelle av en dødende pasient. Studien tok foran seg omsorgspersonenes syn på hva som avgjør kvaliteten på hjemmetjenesten ved livets slutfase.

Funn: Studien viser at pårørende opplevde at helsepersonell gjerne ikke hadde god nok kompetanse, og at helsepersonellet manglet empati ovenfor situasjonen. Deltagerne savnet også at helsepersonellet satte av tid til samtaler med pårørende.

Konklusjon: Studien konkluderer med at det var avgjørende for pasient og pårørende at helsepersonell tilbyr psykologisk, åndelig og psykososial omsorg for hele familien, ikke bare fysisk omsorg.

Artikkel 4: Heimesjukepleiernes perspektiv på forhold som fremjar palliasjon i heimen

Forfattere: Rögenes, Moen, & Grov (2013)

Hensikt og metode: Hensikten med studien av Rögenes, Moen, & Grov (2013) var å undersøke hvilke faktorer sykepleiere mente var de mest avgjørende for at palliative pasienter skulle ha en god tid som mulig i hjemmet. Studien er kvantitativ, hvor en deduktiv metode er brukt. Det ble utviklet et spørreskjema som baserte seg på funn fra litteratur gruppert følgende: kunnskap, erfaring, organisering, kommunikasjon og informasjon, og samarbeid. Det ble sendt ut 346 skjema, hvor 189 ble besvart.

Funn og konklusjon: Studien viser at samarbeid, organisering, informasjon og kommunikasjon var avgjørende faktorer i arbeid med palliasjon i hjemmet. Rögenes, Moen, & Grov (2013) opplevde likevel at studien ikke gav et fullstendig bilde på hvilke faktorer som var avgjørende med tanke på hvordan sykepleier kan tilrettelegge for palliativ behandling i hjemmet. Sykepleierens kunnskap og faglig selvtillit ble derimot sett på som avgjørende faktorer.

Artikkel 5: Sykepleieres bruk av Edmonton Symptom Assessment Scale (ESAS)

Forfattere: Myhra & Grov (2010)

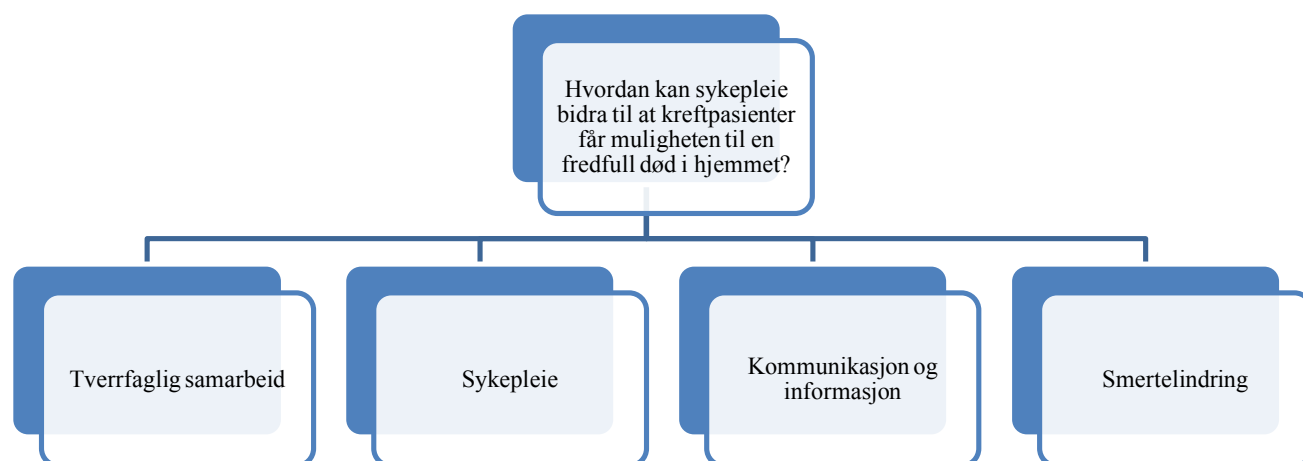
Hensikt og metode: Hensikten med studien til Myhra & Grov (2010), var å kartlegge bruken av ESAS blant sykepleiere som arbeider med pasienter i palliativ fase ved sykehjem. Det ble sendt ut et spørreskjema til 134 sykepleiere ved 18 sykehjemsavdelinger i 18 kommuner. Deskriptiv statistikk ble anvendt for å analysere data.

Funn og konklusjon: Studien viser at signifikante forskjeller i bruken av ESAS mellom sykepleiere som jobber i palliative enheter, og sykepleiere som jobber ved avdelinger med senger forbeholdt pasienter i palliativ fase. Felles var at palliative enheter ikke benytter seg særlig av ESAS-skjema med kartlegging av symptomer over tid. Videre kommer studien frem til at pasientene har stor fordel ved å bruke ESAS-skjemaet.

4.2 Samlet analyse av resultater

Hovedfunnene i forskningsartiklene viser at det er flere avgjørende momenter som spiller inn på hvordan pasienter med kreft opplever den siste tiden av livet. En av artiklene har fokus på hvordan palliative kreftpasienter i hjemmet opplevde informasjon og rådgivning som ble tilbudt/ gitt gjennom hjemmesykepleie og/eller kreftkoordinator. Andre artikler retter seg mot sykepleiere sitt synspunkt, alt fra pasientens omsorgsbehov til kvaliteten på omsorgen. En studie dreier seg om hvilke ønsker den palliative pasienten har, og den siste omhandler bruken av ESAS skjema. Flere av studiene konkluderer med at samarbeid, organisering, informasjon og kommunikasjon er avgjørende faktorer i arbeid med kreftpasienter i hjemmet. Det er flere funn som viser at kunnskapsnivået blant sykepleiere gjerne er for lavt, og at noen sykepleiere overser de psykososiale behovene.

Sett i lys av forskningsartiklene ble det valgt fire hovedkategorier som belyser vesentlige momenter som kan være avgjørende for sykepleiere i møte med kreftpasienter som tilbringer den siste tiden i hjemmet. Disse momentene vil drøftes videre opp mot annen relevant litteratur.



5 Drøfting

I denne delen av oppgaven vil det bli drøftet relevant teori opp mot forskning og egne erfaringer. Oppgaven vil også inneholde tiltak som vil besvare min problemstilling.

Hvordan kan sykepleie bidra til at kreftpasienter får muligheten til en fredfull død i hjemmet?

5.1 Forutsetninger for å kunne tilbringe den siste tiden i eget hjem

Å forlate sitt hjem vil for noen bety å forlate nærheten til sin partner, og alle minnene boligen representerer. Det kan dermed tenkes at det ideelle er å tilbringe den siste tiden av livet i hjemmet (Birkeland & Flovik, 2014, s.96). I Norge er det 14% som tilbringer den siste tiden i sitt eget hjem. Internasjonale studier viser derimot at 70% kunne tenkt seg å være hjemme så lenge som mulig, når livet nærmer seg slutten (Fonn, 2015). I den forbindelse tror Tranvåg årsaken til lave tall er at palliative pasienter tror at de ikke har noe valg, og at det er andre som bestemmer hva som skal skje deres siste levetid (Fonn, 2015).

Først mener Rosland, Hofacker, & Paulsen (2006) at forutsetningen for å kunne dø hjemme er pårørende som har god støtte i et nettverk basert på fastlege og hjemmesykepleie. For å skape nødvendig trygghet, bør lege og hjemmesykepleie være tilgjengelige døgnet rundt. Det kan være gunstig at pasienten får en individuell plan, som inneholder kontaktpersoner i spesialisthelsetjenesten. Videre skriver Birkeland & Flovik (2014, s.101) om andre ulike forutsetninger for å kunne dø i hjemmet. På lik linje som Rosland, Hofacker, & Paulsen (2006) mener Birkeland & Flovik (2014, s.96) at en avgjørende faktor vil være at både pasient og pårørende ønsker det. Den dødende skal ikke være alene over et lengre tidsrom, det vil si at det må bo andre i boligen. Denne personen blir ofte kalt en uformell omsorgsperson, som ofte er pasientens ektefelle (Birkeland & Flovik, 2014, s.96). Dessuten må pasienten få ivaretatt den fysiske pleien inkludert smertelindring på en forsvarlig måte. Det må være tilgang til nødvendig teknisk utstyr og hjelpemidler, og pårørende må ha tilgang til ressurser for omsorg. De ulike delene av helsetjenesten, fortrinnsvis et begrenset antall personer, må være tilgjengelige hele døgnet (Birkeland & Flovik, 2014, s.101).

Birkeland & Flovik (2014, s.102) peker på at det kreves god planlegging for at en pasient skal kunne tilbringe sine siste dager i hjemmet. Å bli kjent med pasient og pårørende står sentralt, samtidig som hjemmesykepleien skal prøve å imøtekomme deres behov. En annen avgjørende faktor kan være å avklare hvilke ressurser som er i hjemmet, hva pårørende kan bidra med og hvilke hjelpemidler pasienten vil ha behov for (Birkeland & Flovik, 2014, s.102).

Som ansatt i hjemmesykepleien er man en besøkende i pasientens hjem, samtidig som man er en profesjonell yrkesutøver. Dermed står respekt og forståelse sentralt rundt pasientens ønsker og valg. For å unngå konflikter kan det være avgjørende å avklare forventninger tidlig (Birkeland & Flovik, 2014, s.43). I motsetning til institusjon vil hjemmet til pasienten være fysisk forskjellig, hvor pasienten selv har egne opplegg og rutiner. Det kan dermed tenkes at det kreves rutiner, erfaring og kreativitet for å gi god individuell hjelp (Birkeland & Flovik, 2014, s.43).

I følge Hundstad og Svindseth (2011) var det noen av deltagerne i deres studie som mente at sykepleieren var i hjemmet for å gjennomføre den praktiske jobben, og deretter reise igjen med en gang. Birkeland & Flovik (2014, s.47) påpeker at informasjon er avgjørende for å unngå misforståelser. Ettersom at noen pasienter kan ha forventninger om at ansatte skal utføre oppgaver utenfor deres arbeidsområde, er det gunstig å informere om hvordan hjemmesykepleien fungerer, rutiner, muligheter og rettigheter (Birkeland & Flovik, 2014, s.47). På den andre siden står det i de yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (Norsk Sykepleierforbund, 2016) at sykepleieren skal ivareta den enkelte pasients behov for helhetlig omsorg.

Norås (2010, s.345) skriver at å ha omsorg for dødende pasienter i hjemmet er faglig- og emosjonelt krevende. Et felles mål for hjemmesykepleien bør være at pasienten får så god hjelp som mulig. God sykepleierdekning og ekstra ressurser står sentralt, og en arbeidskultur som tilsier at denne prosessen skal prioriteres å brukes tid på. En annen faktor som kan være avgjørende for at en pasient skal tilbringe den siste tiden i hjemmet, på en faglig forsvarlig måte, er at hjemmesykepleie er faglig trygge i situasjonen (Norås, 2010, s.345).

5.2 Det avgjørende samarbeidet

En kreftsykepleier sin pasientrettede funksjon omfatter forebygging, behandling, lindring og rehabilitering. De skal hjelpe pasienten til å leve et mest mulig normalt liv og opprettholde god livskvalitet (Reitan, 2010, s.28). I følge Guldhav, Jepsen, Ytrehus, & Grov (2017) ble de vist at 67-77% av deltagere i en studie ikke var tilfreds med informasjon og rådgivning som ble tilbudt/gitt av hjemmesykepleien. Som studien konkluderer med, trenger gjerne helsepersonell i hjemmesykepleien mer kompetanse for å gi/tilby informasjon og rådgivning. At kreftkordinator kan ha en positiv innvirkning, kan tyde på at tverrfaglig samarbeid er en avgjørende faktor for pasienten (Guldhav, Jepsen, Ytrehus, & Grov, 2017). På lik linje viser Datta, Majumdar, Debbarma, Janapati, & Datta (2017) at palliative- og kreftpasienter i hjemmet bør få tilbud palliativteam, da det har en betraktelig positiv innvirkning på pasientens livskvalitet (Datta, Majumdar, Debbarma, Janapati, & Datta, 2017).

Til tross for at sykepleiere i hjemmesykepleien er den yrkesgruppen som kanskje kommer nærest og blir mest involvert i den dødende pasienten, mener Birkeland & Flovik (2014, s. 100) at det ofte kan være ideelt for pasienten å ha ulike instanser rundt seg. De ulike instansene bør jobbe sammen, men hver for seg tilby ulike tilbud til pasienten. Palliativt team, kreftsykepleier, sengeavdeling og fastlege kan eksempelvis være en del av tilbudet. Det kan være svært gunstig å avklare hvilke instanser som har ansvar for hva, og hvilken tjeneste de ulike instansene kan tilby (Birkeland & Flovik, 2014, s.100-101). Ikke desto mindre mener Henderson (1997) at alle medlemmer i en behandlingsgruppe skal betrakte pasienten som den sentrale skikkelsen, ettersom at det er først og fremst pasienten de skal hjelpe (Henderson, 1997).

Da jeg hadde min praksis i hjemmesykepleien opplevde jeg betydningen av tverrfaglig samarbeid i møte med den dødende kreftpasienten. var vi på tilsyn hos en bruker med langt kommen kreft. Brukeren ble dårligere for hver dag som gikk, og etterhvert ble palliativ lege og sykepleier tilkalt. Pasienten ble satt på medikamenter som blir brukt i livets slutfase. Kontaktsykepleieren min som hadde lite erfaring innenfor terminal pleie i hjemmet, fikk repetisjon i bruken av de aktuelle medikamentene, samt symptomer og bruksområder. Det palliative teamet besøkte brukeren en gang i uken, hjemmesykepleien var på tilsyn flere ganger daglig frem til hun til slutt døde stille i sitt hjem. Pårørende gav uttrykk for at de var svært fornøyde med hvordan ting ble håndtert på, å hvordan samarbeide mellom hjemmesykepleien og det palliative teamet var. De fortalte at brukeren ikke hadde gitt uttrykk for bekymring rundt smerter og døden, etter instansene kom inn i bildet.

5.3 Sykepleie til den terminale kreftpasienten

Virginia Henderson mente sykepleiere sitt mest sentrale gjøremål, er å hjelpe, eller gjøre det mulig for pasienten å dekke sine grunnleggende behov (Henderson, 1997). Hunstad & Svindseth (2011) skriver at helsepersonell tilbyr for lite psykologisk, åndelig og psykososial omsorg. Den fysiske omsorgen var til stede, men kompetansen var gjerne ikke tilstrekkelig, og sykepleierne viste varierende empati for situasjonen. I tillegg mener Lorentsen & Grov (2015) kan kreftsykdom i palliativ fase føre til psykososiale konsekvenser, fatigue, smerter, kvalme, munnsår, vekttap og diare (Lorentsen & Grov, 2015, s.425-430). Sett i lys av Hendersons grunnleggende behov, kan det tenkes at de mest sentrale behovene for en pasient med kreft er å puste normalt, å spise og drikke tilstrekkelig, å få fjernet kroppens avfall, å sove og hvile og å få kontakt med andre og gi uttrykk for sine egne behov og følelser (Henderson, 1997). Videre skriver Lorentsen & Grov (2015, s. 425) at ivaretagelse av pasienten er det mest sentrale målet når sykdom er erkjent uhelbredelig.

Henderson skriver at et av pasientens behov kan være å få kontakt med andre og gi uttrykk for sine egne behov og følelser (Hendersons, 1997). Lorentsen & Grov (2015, s.428) skriver at belastninger for den palliative pasienten kan føre til angst og depresjonsliknende reaksjoner, som igjen fører til at pasienten kan bli nedtrykt, trist og preget av sorg. Å vise interesse for pasientens måte å uttrykke seg på kan virke inn som en god støtte. Videre mener Sæteren (2010, s. 304-305) at evnen til å se å la seg berøre, evne til å lytte, mot til å samtale, mot til å handle og mot til å være nær kan føre til at sykepleieren kan forstå og tyde pasientens åndelige behov (Sæteren, 2010, s.304-305).

Pasientens problem bør identifiseres gjennom en logisk, trinnvis tilnærming. For å kartlegge pasientens behov for sykepleie, er datasamling ut i fra de grunnleggende behovene avgjørende. Menneskets normalfunksjon og ressurser er en bedømmende faktor for behov av sykepleie, og hvordan behovet for sykepleie har oppstått, skal gi den endelige sykepleiediagnosen. For å kunne assistere pasienten i utførelsen av gjøremål, behøves det planlegging og gjennomføring av tiltak (Kristoffersen, 2011, s.226). Det kan også være avgjørende for sykepleierne å skaffe seg kunnskap om hvordan pasienten opplever sine egne behov, og hvordan disse kan ivaretas på best mulig måte. Individuell pleie og omsorg har enhver pasient rett på (Kristoffersen, 2011, s.226). Dessuten skriver Birkeland & Flovik (2014, s.43) på lik linje med Henderson at pasienten vil ofte ha klare forventninger til hvordan ulike gjøremål skal utføres, da pasienten selv kjenner best sine egne behov (Kristoffersen, 2011, s.225).

Trier (2017) påpeker at det trengs mer en teori- og prosedyrekunnskaper for sykepleiere i møte med den døende pasienten. Det som sees å kjennetegne god sykepleie til alvorlig syke og døende pasienter er profesjonell kompetanse. Profesjonell kompetanse innebærer yrkesspesifikke ferdigheter, teoretiske kunnskaper og personlig kompetanse. Yrkesspesifikke ferdigheter handler om å kommunisere, vurdere, observere, administrere og gi grunnleggende sykepleie. Teoretisk grunnlag dreier seg om forståelse rundt døden, som gjerne går ut på tverrfaglig samarbeid, kunnskap om kommunikasjon, mestring, håp, sorg og kriseteori. Videre mener Trier (2017) at personlig kompetanse baserer seg på at pasienten skal bli kjent med sykepleieren som medmenneske, ikke som en fremmed pleier (Trier, 2017).

5.4 Kommunikasjon mellom sykepleier og pasient

I følge Eide & Eide (2013, s.17) kan kommunikasjon defineres som å utveksle meningsfulle tegn og signaler, mellom to eller flere parter. Som sykepleier skal en derimot kunne kommunisere på en profesjonell og helsefaglig måte, da gode relasjoner til pasient kan være avgjørende for behandlingsresultatet. Evnen til å lytte, skape god kontakt og forstå, kan være en motiverende faktor for endring og utvikling (Eide & Eide, 2013, s.17). Reitan (2010, s. 103) mener at situasjonen til pasienten er en forutsetning for hva som skal prates om, og at sykepleieren bør bevisst velge samtaleemner og uttrykksmåter som pasienten forstår. For å oppnå en felles forståelse rundt pasientens kreftsykdom, kan det være gunstig at pasienten forstår sykepleieren sin forklaring på lik linje med hvordan pasienten selv opplever sykdommen. Videre påpeker Reitan (2010, s.103) at å sette seg inn i den andres virkelighet er en av de mest avgjørende faktorene for at pasient og sykepleier skal forstå hverandre. På lik linje med Reitan (2010) skriver Henderson (1997) at sykepleieren må ha et lyttende øre for å trenge inn under overflaten på en pasient. Sykepleieren må hele tiden prøve å forstå, oppfatte og tolke pasientens ord og stillhet.

Reitan (2010, s.105) påpeker at man skal være åpen og samtale med pasienter om deres kreftsykdom. Pasientrettighetsloven sier at pasienter skal ha den informasjonen de trenger for å få innsikt i sin helsetilstand, samt innholdet i helsehjelpen (Reitan, 2010, s.105). Sykepleiere skal også akseptere dersom pasienten ikke ønsker informasjon om sin kreftsykdom og progresjon. På lik linje mener Lorentsen & Grov (2015, s.414) at kjønn, religion, kultur og alder kan være faktorer hvorvidt pasienten ønsker å få informasjon om sin kreftsykdom. Det kan dermed være avgjørende å avklare hva pasienten ønsker å få informasjon om på forhånd, da det skal skape store emosjonelle reaksjoner for en pasient om han får for mye informasjon om kreftsykdommen. Guldhav, Jepsen, Ytrehus, & Grov (2017) skriver at det kan se ut til å være en utfordring å vite

hvor mye informasjon som skal bli gitt, da 67-77% av deltagerne i studien ikke var tilfreds med informasjonen og rådgivningen som ble tilbudt/gitt av hjemmesykepleien. Reitan (2015, s. 109) skriver at målet med informasjon er å redusere usikkerheten og flertydigheten pasienten bærer på. Igjen så kan dette føre til at kreftpasienten får angst, frykt og bekymring. Det kan derfor være avgjørende å gi informasjonen til riktig tid, på pasientens premisser (Reitan, 2015, s.109) og avklare hva pasienten ønsker å vite på forhånd (Lorentsen & Grov, 2015, s.414).

Henderson (1997) skriver at en sykepleier være pasientens “profesjonelle mor”. Som profesjonell mor skal en så langt det lar seg gjøre oppfordre pasienten til å gi uttrykk for hva som er galt. Dersom sykepleieren får til dette, vil hun vite om pasienten er trøtt, redd, sulten og så videre. Dessuten skriver sykepleieteoretikeren at jo større forståelse sykepleieren viser, dess mer tillit vil pasienten ha til henne (Henderson, 1997).

5.5 Smertelindring

Noen pasienter kan være mer bekymret for smerter enn selve døden (Lorentsen & Grov, 2015, s.430). Bjørgo (2010, s.197) skriver at kreftsmarter kan klassifiseres som akutte eller kroniske. Akutte, intense smerteepisoder, jevne vedvarende smerteepisoder kommer ofte i en kronisk smertesituasjon. Smertene er som regel forutsaket av kreften (Bjørgo, 2010, s.199). Smertene kan påvirke pasienten psykisk, åndelig og sosialt. Dersom pasienten sliter psykisk, kan de fysiske smertene forverres. Rykkje (2010) understreker at å erstatte mangel på oppmersomhet med medikament ikke er forsvarlig smertelindring (Rykkje, 2010)

Sett i lys av Lorentsen & Grov, Bjørgo og Rykkje, har jeg selv erfaring med å holde en dødende, smertepåvirket pasient i hånden. På tidspunktet hadde jeg fullført to år på sykepleien. Pasienten gav uttrykk for å være svært smertepåvirket, og spurte stadig etter mer smertestillende. Legene og sykepleierne forundret seg over hvor høye doser pasienten fikk, som i følge pasienten ikke gav virkning. En kveld jeg kom på jobb så det ut til å bli en rolig vakt. Jeg bestemte meg for å bruke tid inne hos pasienten. Jeg la hennes hand i min, å fortalte at jeg var tilstede. Hun holdt handen min hardt. I starten ba hun meg om morfin, men etterhvert gikk samtalen videre, uten etterspørsel om medikamenter. Grepet i handen ble svakere og anstrengelsen mindre ettersom tiden gikk, og etter nærmere en time fortalte pasienten at smertene var betrakelig redusert. Pasienten sovnet etterhvert, til hun i løpet av natten sovnet stille inn.

På den ene siden mener Bjørge (2010, s.201) at flere punkter bør være avklart for kartlegging av smerte. Smertelokasjon, smertetype, smerteintensitet, tidsaspekt og/eller andre faktorer bør være avklart før en setter i gang med behandling. På den andre siden sier Lorentsen & Grov (2015) seg enig i kartlegging av symptomene, men viser til flere smertevurderingsskjemaer/-skalaer. ESAS-skjema er trolig den mest sentrale, da skjemaet skal være kvalitetsindikator for palliativ behandling i Norge. Myhra & Grov (2010) kommer frem til at det er store forskjeller i bruk av ESAS-skjema. Palliative enheter bruker som regel ESAS-skjema i deres bruk av kartlegging. Sykehjemsavdelinger med palliative senger derimot, bruker skjemaet langt mindre. Noen av sykepleierne hadde ikke engang hørt om skjemaet. Studien nevner ikke hjemmesykepleie, men gav likevel en pekepinn på hvorvidt ESAS-skjemaet blir brukt (Myhra & Grov, 2010). Hensikten med ESAS-skjema er i følge Oslo universitetssykehus (2013) bedre kartlegging av pasienters symptomer, som skal bidra til økt kvalitet på behandling å pleie. ESAS-skjemaet er utviklet for bruk av pasienter i palliativ fase, og skjemaet anbefales å brukes regelmessig. Rykkje (2010) er enig, og mener ESAS-skjemaet står sentralt til kartlegging av smerter. ESAS-skjema ligger under vedlegg 3.

Bjørge (2010, s. 203-206) og Lorentsen & Grov (2015, s.418-420) skriver begge om en smertetrapp der hvert trinn representerer en smerteintensitet, behandling, og forslag til smertestillende medikament. Vanligvis starter medisineringsen på nederste trinn, men økes dersom pasienten skulle ha behov for det. Det første trinnet består av ikke-opioider, som består av paracetamol og/eller NSAID-preparater. Trinn 2 består av trinn 1 + et svakt opioid. Koden og tramadol er de mest sentrale, kombinert med paracetamol. Trinn 3 består av trinn 1 + et sterkt opioid. Paracetamol anbefales fra trinn 1, og morfin er førstevalget av sterke opioider. Trinn 4 består av trinn 1 + sterkt opioid subkutant eller intravenøst. Dersom pasienten ikke skulle tåle morfin, finnes det flere sterke opioider med liknende virkningsmekanisme. Lorentsen & Grov (2015, s.418-420) skriver i den forbindelse at det ikke er noen maksimaldose for et opioid. Pasientens smerter og bivirkninger avgjør dosen.

Grov, 2015 (s.532) skriver om medikamentskrinet for pasienter i palliativ fase. I likhet med Bjørge (2010, s. 203-206) og Lorentsen & Grov (2015, s.418-420) består det ene medikamentet av opioidet morfin. Ettersom at smerte, dyspne, angst/uro, surkling i luftveiene og kvalme er de mest vanlige symptomene rundt døende kreftpasienter, er gjerne ikke opioider nok. Morfin, Midazolam, Haldol og Robunul sees å redusere/fjerne de fleste symptomene (Grov, 2015, s.532). I følge Lorentsen & Grov (2015, s.430) finner flere sykepleiere det etisk utfordrende å takle lindrende sedering når pasienten ikke er med på bestemmelsen av behandlingen. Likevel viser en

studie ingen forskjell i overlevelsestid for pasienter som mottok lindrende sedering, og de som ikke mottok (Lorentsen & Grov, 2015, s.430).

Bjørge (2010, s. 212) skriver at ikke-medikamentell smertelindring skal være et supplement til medikamentell behandling. Blant annet så mener Lorentsen & Grov (2015, s.423) at musikk, akupunktur, avledning, massasje og avspenningsteknikker kan bidra til å redusere til kreftpasientens opplevelse av smerte. Kognitiv adferdsterapi kan også virke inn på smerteopplevelsen (Lorentsen & Grov, 2015, s.423). Videre mener Bjørge (2010, s.212) at akupunktur, kryobehandling, sentralnervøs stimulering, fysioterapi og nevrokirurgisk smertebehandling kan være gode alternativ til ikke-medikamentell smertebehandling. I tillegg understreker Birkeland og Flovik (2014, s.104) at pasienter trenger ofte psykisk støtte og omsorg, og at den nonverbale kommunikasjonen kan være svært avgjørende. Videre understreker Lorentsen & Grov (2015, s.423) at håp kan være et sentralt begrep innen smertelindring. Pasienten kan for eksempel meste smerteopplevelse bedre ved at sykepleieren styrker håpet. Kortsiktige, oppnåelige mål kan dessuten gi pasienten håp og mestring (Lorentsen & Grov, 2015, s.423).

5.6 Når døden nærmer seg

Henderson (1997) bruker fredfull død i sin definisjon av sykepleie. I følge Norås (2010, s.348) er noe av det mest sentrale den siste tiden å registrere symptom, samt dokumentere. En av utfordringene for pasienten kan være å svelge tabletter. Da vil det stå sentralt å informere pasient og pårørende om overgang til subkutan administrering, samt dokumentere konverteringen. Birkeland og Flovik (2014, s. 103) mener at det bør legges planer for smertebehandlingen. Dersom pasienten har mye smerter, bør smertelindring ha høy prioritet. Informasjon til pasienten kan redusere pasientens og pårørenes uro. Informasjon kan dessuten øke tryggheten, å redusere engstelse. Pasienten og pårørende vil uansett trolig ha behov for psykisk støtte og omsorg. Et godt smil, et varmt blick, empati, lytte og oppmerksomhet er god pleie til pasienten som nærmer seg døden.

Birkeland og Flovik (2014, s.105) utdyper at pasienten helst unngå å motta hjelp fra mange ulike personer i den siste fasen. De som besøker pasienten skal være kjente og representere en kontinuitet. Det bør også være en ordning på at sykepleier og lege er tilgjengelig døgnet rundt (Birkeland og Flovik, 2014, s.105) I studien til Hunstad & Svindseth (2011) var dessuten ett av funnene at pasientene var svært tilfredsstillt når profesjonell hjelp var tilgjengelig hele døgnet. Hjemmesykepleien bør i følge Norås (2010, s.348) sette inn ekstra ressurser, dersom det skulle være nødvendig. På den andre siden vil som oftest pårørende være alene med pasienten når døden

nærmer seg, med forbehold om at de kan ringe hjemmesykepleien. Birkeland og Flovik (2014, s. 105) skriver at pårørende ikke bør være helt alene med pasienten når døden har inntrådt.

For å understreke dette ønsker jeg å skrive om en egen erfaring. Jeg og en tidligere kontaktsykepleier var på gjenvnlige tilsyn til en pasient som nærmet seg døden. Situasjonen var ny for oss begge, og vi var usikre på hvordan vi skulle møte pasienten. Noen uker etterpå møter jeg og kontaktsykepleieren tilfeldigvis på en av de pårørende til pasienten. Hun hadde behov for å reflektere over situasjonen, og det ble naturlig for oss å spør om det var noe vi kunne gjort anderledes. Hun svarte ”Det viktigste for oss var at dere var til stedet. Det var dere hele tiden”.

6 Avslutning

Det er ulike forutsetninger som skal til for å kunne tilbringe den siste tiden i hjemmet. De mest sentrale faktorene vil være pasientens eget ønske, pårørende og tilgjengelighet på kvalifisert personale som kan bistå med alt fra stell til medikamenthåndtering. Selv om omsorg for dødende pasienter kan være faglig og emosjonelt krevende, skal målet være at pasienten får så god hjelp som mulig.

Som sykepleieren i hjemmesykepleien vil en ha ett stort ansvar, men tverrfaglig samarbeid ser ut til å være en svært avgjørende faktor. Da studier viser at pasienter ikke er tilfredsstillt med informasjon og rådgivning som blir gitt, kan det tenkes at sykepleierne trenger mer kompetanse, og/eller at behovet for ulike helseinstanser er stort.

Sykepleien som blir gitt, og trolig vil bli gitt, er svært individuell. Sett fra Hendersons sykepleierteori, skal det mest sentrale målet være å dekke, eller gjøre det mulig å dekke pasientens grunnleggende behov. Avgjørende kompetanse for sykepleiere i møte med dødende pasienter vil være yrkesspesifikke ferdigheter, teoretiske kunnskaper og personlig kompetanse.

Kommunikasjon står svært sentralt i møte med kreftpasienten. Sykepleieren vil ha en viktig rolle ved å prøve og forstå, oppfatte og tolke pasientens ord og stillhet. Det skrives om mange etiske dilemmaer rundt hvor mye informasjon pasienten skal få. En gunstig løsning er å avklare hva pasienten ønsker å vite på forhånd.

Oppgaven har vist at smertelindring er trolig den mest sentrale faktoren til en fredfull død. Ikke-medikamentell behandling står sentralt, selv om medikamenter ha en avgjørende faktor. Nyttige kartleggingsskjema for smerte bør bli tatt i bruk, og sykepleiere bør bli mer kjent med skjemaene.

Smertelindring, kommunikasjon, kompetanse og informasjon er sentrale faktorer for at kreftpasienten i hjemmet kan få en fredfull død. Like sentralt står tverrfaglig samarbeid og helhetlig sykepleie. Noen andre avgjørende momenter er trolig et vennlig blikk, et godt smil, , empati, lytting og oppmerksomhet rettet mot pasienten.

Referanseliste

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. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie, pasient - utfordring - handling* (ss. 194-212). Oslo: Akribe AS.

Dalland, O. (2013). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Datta, D., Majumdar, G., Debbarma, S., Janapati, B., & Datta, A. K. (2017, Juli 21). *Analytical Study of Short- and Long-term Results of Home-based Palliative Care Services to Cancer Patients*. Hentet Januar 10, 2018 fra Ebscohost:
<http://web.b.ebscohost.com.galanga.hvl.no/ehost/detail/detail?vid=44&sid=d1e9d5de-ce97-4001-aa20-81aed5d17a0d%40sessionmgr101&bdata=Jmxhbm9mc2l0ZT1laG9zdC1saXZI#AN=124182525&db=c8h>

Eide, H., & Eide, T. (2013). *Kommunikasjon i relasjoner - samhandling, konfliktløsning, etikk*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Fonn, M. (2015, Desember 17). *Vil ha døden tilbake i hjemmet*. Hentet Januar 9, 2018 fra Sykepleien: <https://sykepleien.no/2015/11/vil-ha-doden-tilbake-til-hjemmet>

Grov, E. K. (2015). Pleie og omsorg ved livets slutt. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff, *Geriatrisk sykepleie - god omsorg til den gamle pasienten* (ss. 447-454). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Guldhav, K. V., Jepsen, R., Ytrehus, S., & Grov, E. K. (2017, Mai 04). *Access to information and counselling - older cancer patients' self-report: a crosssectional survey*. Hentet Januar 10, 2018 fra Ebscohost:
<http://web.b.ebscohost.com.galanga.hvl.no/ehost/detail/detail?vid=38&sid=d1e9d5de-ce97-4001-aa20-81aed5d17a0d%40sessionmgr101&bdata=Jmxhbm9mc2l0ZT1laG9zdC1saXZI#AN=122650504&db=c8h>

- Henderson, V. (1997, Jauar). *ICN Sykepleiens grunnprinsipper*. Hentet April 11, 2018 fra Nasjonalbibloteket: https://www.nb.no/items/URN:NBN:no-nb_digibok_2009070601018
- Hunstad, I., & Svindseth, M. F. (2011, Oktober 3). *Challenges in home-based palliative care in Norway: a qualitative study of spouses' experiences*. Hentet Mars 14, 2018 fra CINAHL: <http://web.b.ebscohost.com.galanga.hvl.no/ehost/detail/detail?vid=12&sid=7cb290bc-a564-4946-83ac-9517b82cf140%40sessionmgr102&bdata=JnNpdGU9ZW9ZWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#AN=104688935&db=c8h>
- Kreftforeningen. (2012). *Hva er kreft?* Hentet Januar 9, 2018 fra Kreftforeningen: <https://kreftforeningen.no/om-kreft/hva-er-kreft/>
- Kreftregisteret. (2016). *Kreftstatestikk*. Hentet januar 7, 2018 fra Kreftregisteret: <https://www.kreftregisteret.no/Registrene/Kreftstatistikk/>
- Kristoffersen, N. J. (2011). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, & E.-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie bind 1* (ss. 207-270). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kristoffersen, N. J., & Nortvedt, P. (2011). Relasjonen mellom sykepleier og pasient. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, & E.-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie Bind 1* (ss. 84-133). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Lorentsen, V. B., & Grov, E. K. (2015). Generell sykepleie ved kreftsykdommer. I H. Almås, D.-G. Stubberud, & R. Grønseth (Red.), *Klinisk sykepleie 2* (ss. 402-437). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Malt, U. (2015, september 4). *Kvalitativ*. Hentet November 18, 2017 fra Store norske leksikon: <https://snl.no/kvalitativ>

Myhra, C. B., & Grov, E. K. (2010, Oktober 27). *Sykepleieres bruk av Edmonton Symptom Assessment Scale (ESAS)*. Hentet Mars 16, 2018 fra Sykepleien.no: Sykepleieres bruk av Edmonton Symptom Assessment Scale (ESAS)

Norsk Sykepleierforbund. (2016, Mai 23). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet Mars 14, 2018 fra Norsk Sykepleierforbund: <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere>

Norås, I. L. (2010). Kreftsjukepleie i heimen. I A. M. Reitan, & T. K. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie, pasient - utfordring - handling* (ss. 331-349). Oslo: Akribe AS.

Oslo universitetssykehus. (2013, Mai 22). *ESAS – Edmonton Symptom Assessment System*. Hentet April 14, 2018 fra Helsebibloteket: <http://www.helsebibloteket.no/fagprosedyrer/ferdige/esas-edmonton-symptom-assessment-system#approach-attachments>

Rögenes, G. K., Moen, A., & Grov, E. K. (2013, Januar). *Heimesjukepleiarens perspektiv på forhold som fremjar palliasjon i heimen*. Hentet Mars 10, 2018 fra Svemed+: [https://svemedplus.kib.ki.se/Default.aspx?queryparsed=\(palliativ%20AND%20home%20AND%20\(\(\(mesh_no:M01.526.485.650*\)%20OR%20\(mesh_no:N02.360.650*\)%20OR%20\(nurse\)\)%20AND%20\(perspective\)\)\)%20AND%20doctype:%22artikel%22%20AND%20lang:%22nor%22&query=palliativ%20AND%20home%20AND%20nurse%20perspective%20Limits:%20doctype:%22artikel%22%20AND%20lang:%22nor%22&start=0&rows=10&searchform=simple&prevDok_ID=&Dok_ID=127560&pos=2](https://svemedplus.kib.ki.se/Default.aspx?queryparsed=(palliativ%20AND%20home%20AND%20(((mesh_no:M01.526.485.650*)%20OR%20(mesh_no:N02.360.650*)%20OR%20(nurse))%20AND%20(perspective)))%20AND%20doctype:%22artikel%22%20AND%20lang:%22nor%22&query=palliativ%20AND%20home%20AND%20nurse%20perspective%20Limits:%20doctype:%22artikel%22%20AND%20lang:%22nor%22&start=0&rows=10&searchform=simple&prevDok_ID=&Dok_ID=127560&pos=2)

Reitan, A. M. (2010). Kommunikasjon. I A. M. Reitan, & T. K. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie, pasient - utfordring - handling* (ss. 102-119). Oslo: Akribe AS.

Reitan, A. M. (2010). Kreftsykepleie. I A. M. Reitan, & T. K. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie, pasient - utfordring - handling* (ss. 21-33). Oslo: Akribe AS.

Rosland, J. H., Hofacker, S. v., & Paulsen, Ø. (2006, februar 9). *Den døende pasient*. Hentet januar 6, 2018 fra Tidsskriftet - Den norske legeforening: <http://tidsskriftet.no/2006/02/tema-palliativ-medisin/den-doende-pasient>

- Rykkje, L. (2010, Februar 15). *Gi eldre en verdig død*. Hentet April 14, 2018 fra Sykepleien: <https://sykepleien.no/forskning/2010/02/gi-eldre-en-verdig-dod>
- Silve, P. (1877). *"Den fyrste song eg høyra fekk"*. Hentet April 25, 2018 fra Grammofon: <http://grammofon.no/utgivelser/teksten/Den+fyrste+song+eg+høyra+fekk/160/1439>
- Slørdal, L. (2014). Legemidler ved kreftsykdommer. I H. Nordeng, & O. Spigset (Red.), *Legemidler og bruken av dem* (ss. 132-139). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Sæteren, B. (2010). Åndelig og eksistensiell omsorg. I A. M. Reitan, & T. K. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie, pasient - utfordring - handling* (ss. 304-315). Oslo: Akribe AS.
- Søk & Skriv. (2017, Mai 4). *IMRod-modellen*. Hentet April 5, 2018 fra Søk & Skriv: <http://sokogskriv.no/skriving/struktur/imrod-modellen/>
- Trier, E. L. (2017, September 26). *Møter døende med modig nærvær*. Hentet April 11, 2018 fra Sykepleien: <https://sykepleien.no/forskning/2016/06/sykepleierens-personlig-kompetanse>
- Vasset, F. (2013, September 29). *Bedre helsetjenester i kommunen*. Hentet Januar 9, 2018 fra Sykepleien: <https://sykepleien.no/forskning/2013/09/bedre-helsetjenester-i-kommunen>

Vedlegg

Vedlegg 1 Tabell over søkestrategier

Utvalg 1: Lest artiklenes tittel

Utvalg 2: Lest artiklenes abstrakt

Utvalg 3: Lest artikkelen i sin helhet

Utvalg 4: Artikler valgt ut for gransking og vurdering

Database	Avgrensinger	Søkeord	Antall treff	Utvalg 1	Utvalg 2	Utvalg 3	Utvalg 4
1 CINAHL	Full text År: 2016-2018	Cancer AND Home care	31	31	14	4	2
2 CINAHL	Full text År: 2010-2018	Palliative care AND home- based	43	43	10	2	1
3 SveMed+	Full text Artikkel Land: Norge	Palliativ AND home AND Nurse perspective	2	2	2	2	1
4 Sykepleien	Forskning	ESAS	4	4	4	2	1

1 CINAHL

Access to information and counselling - older cancer patients' self-report: a crosssectional survey (Guldhav, Jepsen, Ytrehus, & Grov, 2017)

Analytical Study of Short- and Long-term Results of Home-based Palliative Care Services to Cancer Patients (Datta, Majumdar, Debbarma, Janapati, & Datta, 2017)

2 CINAHL

Challenges in home-based palliative care in Norway: a qualitative study of spouses' experiences (Hunstad & Svindseth, 2011)

3 SveMed+

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

4 Sykepleien

Sykepleieres bruk av Edmonton Symptom Assessment Scale (ESAS) (Myhra & Grov, 2010)

Vedlegg 2 Tabeller over inkluderte artikler

Forfatter, år, land, tidsskrift	Guldhav, Jepsen, Ytrehus, & Grov, 2017, Norge, CINAHL
Tittel	Access to information and counselling - older cancer patients' self-report: a crosssectional survey
Hensikt	Hensikten med den norske studien var å undersøke hvor fornøyde kreftpasienter over 65år var med informasjon og rådgivning de ble tilbudt/gitt gjennom hjemmesykepleie og/eller kreftkordinator.
Metode	Kvantitativ. Tversnittstudie.
Deltagere	174 kreftpasienter fordelt hentet fra to norske regioner
Hovedfunn	67-77% av deltagerne var ikke tilfreds med informasjonen og rådgivningen som ble tilbudt/gitt av hjemmesykepleien. Kvinner over 85 år og pasienter med gynekologiske eller hematologiske kreftdiagnoser, var de som ble minst fornøyde med hjemmesykepleien. Pasientene som hadde en egen kreftkordinator var derimot svært fornøyde.
Etisk vurdering	Godkjent av Regional etisk forskningskomité.
Kvalitet	God

Forfatter, år, land, tidsskrift	Datta, Majumdar, Debbarma, Janapati, & Datta, 2017, India, CINAHL
Tittel	Analytical Study of Short- and Long-term Results of Home-based Palliative Care Services to Cancer Patients
Hensikt	Hensikten med studien var å vurdere omsorgsbehovet sengeliggende pasienter i terminalstadiet, samt vurdere den palliative omsorgen som ble gitt.
Metode	Kvantitativ. Retrospektiv studie.
Deltagere	Palliative pasienter registrert under Regional Cancer Center.
Hovedfunn	Studien kommer frem til at sengeliggende, hjemmeboende kreftpasienter fikk økt livskvalitet ved jevnlig besøk av hjemmesykepleie, samt symptom- og smertelindring gitt av autorisert personell. Symptomer som smerter, kvalme, forstoppelse, oppblåsthet og feber ble betraktelig redusert.
Etisk vurdering	I studien finnes det ingen etisk godkjenning, men alle forskningsartikler publisert av CINAHL skal være godkjent av etisk komité. Studien inneholder ingen sensitive opplysninger, og deltagere er anonymiserte.
Kvalitet	God

Forfatter, år, land, tidsskrift	Hunstad & Svindseth, 2011, Norge, CINAHL
Tittel	Challenges in home-based palliative care in Norway: a qualitative study of spouses' experiences
Hensikt	Hensikten med studien var å finne ut av hvilke ønsker den palliative pasienten har, samt hvor pasientene ønsket å dø.
Metode	Kvalitativ
Deltagere	Syv ektefeller av en dødende pasient
Hovedfunn	Studien viser at pårørende opplevde at helsepersonell gjerne ikke hadde god nok kompetanse, og at helsepersonellet manglet empati ovenfor situasjonen. Deltagerne savnet også at helsepersonellet satte av tid til samtaler med pårørende.
Etisk vurdering	Godkjent av Regional etisk forskningskomité.
Kvalitet	God, til tider utfordrende å forstå innhold

Forfatter, år, land, tidsskrift	Røgenes, Moen, & Grov, 2013, Norge, Svemed+
Tittel	Heimesjukepleiarens perspektiv på forhold som fremjar palliasjon i heimen
Hensikt	Hensikten med studien var å undersøke hvilke faktorer sykepleiere mente var de mest avgjørende for at palliative pasienter skulle ha en god tid som mulig i hjemmet.
Metode	Kvantitativ. Deduktiv metode.
Deltagere	189 sykepleiere
Hovedfunn	Studien viser at samarbeid, organisering, informasjon og kommunikasjon var avgjørende faktorer i arbeid med palliasjon i hjemmet. Forfatterne opplevde likevel at studien ikke gav et fullstendig bilde på hvilke faktorer som var avgjørende med tanke på hvordan sykepleier kan tilrettelegge for palliativ behandling i hjemmet. Sykepleierens kunnskap og faglig selvtillit ble derimot sett på som avgjørende faktorer.
Etisk vurdering	Artikkelen ble vurdert som ikke meldepliktig av Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste. Studien er anonym, og opplysninger er ikke mulig å spores opp.
Kvalitet	God, ett lite minus at studien ikke har en klar konklusjon på hensikten med studie.

Forfatter, år, land, tidsskrift	Myhra & Grov, 2010, Norge, Sykepleien
Tittel	Sykepleieres bruk av Edmonton Symptom Assessment Scale (ESAS)
Hensikt	Hensikten med studien var å kartlegge bruken av ESAS blant sykepleiere som arbeider med pasienter i palliativ fase ved sykehjem.
Metode	Kvantitativ. Deskriptiv statistikk.
Deltagere	134 sykepleiere fordelt på 18 sykehjem i 18 kommuner.
Hovedfunn	Studien viser at signifikante forskjeller i bruken av ESAS mellom sykepleiere som jobber i palliative enheter, og sykepleiere som jobber ved avdelinger med senger forbeholdt pasienter i palliativ fase. Felles var at palliative enheter ikke benytter seg særlig av ESAS skjema med kartlegging av symptomer over tid, men at systematisk kartleggingsinstrument.
Etisk vurdering	Det var ikke nødvendig å søke Regional etisk forskningskomité, da studien var frivillig og gjalt sykepleiere.
Kvalitet	God

Vedlegg 3 ESAS-skjema



Edmonton Symptom Assessment System (ESAS)

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
<hr/>												
Ingen slapphet <i>(Slapphet=mangel på krefter)</i>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Verst tenkelig slapphet
<hr/>												
Ingen døsighet <i>(Døsighet=å føle seg søvnlig)</i>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Verst tenkelig døsighet
<hr/>												
Ingen kvalme	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Verst tenkelig kvalme
<hr/>												
Ikke nedsatt matlyst	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Verst tenkelig nedsatt matlyst
<hr/>												
Ingen tung pust	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Verst tenkelig tung pust
<hr/>												
Ingen depresjon <i>(Depresjon=å føle seg nedstemt)</i>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Verst tenkelig depresjon
<hr/>												
Ingen angst <i>(Angst=å føle seg urolig)</i>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Verst tenkelig angst
<hr/>												
Best tenkelig velvære <i>(Velvære=hvordan du har det alt tatt i betraktning)</i>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Verst tenkelig velvære
<hr/>												
Ingen _____ Annet problem (f. eks. forstoppelse)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Verst tenkelig _____

Pasientens navn: _____

Dato: _____

Tidspunkt: _____

Fyllt ut av (sett et kryss):

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

Edmonton symptom assessment system, revidert versjon 2010 (ESAS-r)

(Oslo universitetssykehus, 2013)