



**Høgskulen
på Vestlandet**

BACHELOROPPGAVE

«Smertelindring til den døende
kreftpasienten»

«Pain relief to the dying cancer
patient»

Thelma Maria Wiik

**SK 152-1 18H: Bacheloroppgave i sykepleie
Høgskulen på Vestlandet avdeling Førde**

Veileder: Sara Osland

Innleveringsdato: 30.11.2018

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.

Innholdsfortegnelse

1 Innledning	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema	1
1.2 Problemstilling med avgrensing	2
1.3 Definisjon av begrep	2
1.4 Videre utforming av oppgaven	2
2 Metode	2
2.1 Litteraturstudie	2
2.2 Litteratursøk og utvalgsprosess	3
2.3 Kildekritikk	3
2.4 Forskningsetikk	4
3 Teori	4
3.1 Kreft	4
3.2 Smerte	5
3.3 Palliasjon	6
3.4 Nasjonale retningslinjer	6
3.5 Sykepleie	7
3.6 Pårørende	7
4 Resultat	8
4.1 Artikkel en	8
4.2 Artikkel to	9
4.3 Artikkel tre	9
4.4 Artikkel fire	10
4.5 Artikkel fem	11
5 Drøfting	11
5.1 Smertekartlegging	11
5.2 Tverrprofesjonelt samarbeid	12
5.3 Trygghet og informasjon	13
5.3.1 Trygghet	13
5.3.2 Informasjon	15
5.4 Smertelindring	16
6 Konklusjon	17
Bibliografi	19

Sammendrag

Tittel: «Smertelindring til den døende kreftpasienten»

Bakgrunn for valg av tema: Mine personlige erfaringer med personer med kreft i palliativ fase har jeg fått gjennom sykepleierstudiet og i arbeidslivet. Jeg har observert pasienter i sin vanskeligste situasjon gjennom hele livet, og pårørende som står sammen med dem. Å være sammen med mennesker som er i livets slutfase har gjort et sterkt inntrykk på meg, både som helsepersonell og som menneske. Det har gjort til at jeg valgte å skrive om dette temaet.

Problemstilling: «Hvordan kan sykepleier bidra til smertelindring hos palliative kreftpasienter?».

Metode: Oppgaven er en systematisk litteraturstudie som skal svare på problemstillingen ved hjelp av teori, forskning og drøfting. For å finne forskningsartikler har jeg brukt databasene CINAHL, MEDLINE og Academic Search Elite, og har benyttet fem ulike artikler.

Funn: Funnene i forskningsartiklene er at pårørende er viktig for palliative pasienter både når det gjelder omsorg og støtte. Derimot viser noen funn at pårørende har for dårlig kompetanse om smertelindring og diagnose. Det blir benyttet medikamentelle- og ikke-medikamentelle tiltak for å smertelindre pasientene. Pasientene som benyttet seg av tverrprofesjonelle tjenester opplevde en svært god smertelindring og en bedring i livskvaliteten.

Konklusjon: Konklusjonen av oppgaven er at sykepleiere må bruke sin kompetanse, det kliniske blikk og faglig skjønn for å kartlegge og vurdere smertene. Det er også viktig at pasienten føler seg trygg på sykepleieren i tillegg er pårørende med på å skape trygghet for pasienten. Informasjon og trygghet til pasienten er vesentlig for å oppnå en god smertelindring.

Nøkkelord: palliativ, kreft, smertelindring

1 Innledning

«Det at han fikk dø hjemme, betyr alt. Det var det viktigste for han da, og det er min største trøst og styrke nå i etterkant at vi greide det. Han fikk fullføre livet sitt her hjemme på gården. Det betydde alt for ham.» - utsagn fra pårørende (Brenne & Estenstad, 2016, s. 161).

Å være sykepleier i palliativ behandling vil by på flere forskjellige oppgaver sammen med pasienten. Noen av de oppgavene er; god symptom- og smertelindring, hjelpe pasienten til å leve så normalt som mulig, være tilstede for pårørende under denne prosessen, og fremme livskvaliteten til pasienten (Trier, 2013, s. 895). Et av de største og viktigste målene med palliativ behandling er å kunne fremme livskvaliteten til den syke. Det innebærer at sykepleier har tilstrekkelig kompetanse om pasientens personlige behov, men også om den kliniske evnen til å se pasienten. Det er ikke bare pasienten som sykepleier må forholde seg til under et palliativt forløp, pårørende har også en stor rolle. Sykepleier må skape en trygg og rolig atmosfære for både pasient og pårørende. Medmenneskelighet er en svært viktig egenskap i arbeid som sykepleier, og spesielt i palliativ behandling. Familien og andre pårørende til pasienten vil føle på angst, smerte og kanskje aggresjon. Da er det viktig at sykepleier har god nok kompetanse til å kunne veilede og trøste familien (Trier, 2013, s. 896).

Rundt 10.000 mennesker dør av kreft hvert år, og det er den nest vanligste dødsårsaken i Norge. I 2016 ble over 32.000 i Norge rammet av kreft. Kreft er et felles begrep for over 200 ulike typer kreft. Det er vanskelig å fortelle noe om hvorfor noen av oss får kreft. Kreft kan oppstå av både arv, miljø og livsstil. Selv om man lever en sunn livsstil, er ikke det en garanti for å ikke utvikle kreft. Kreftregisteret viser i dag at flere og flere overlever etter å ha fått kreftdiagnosen. Risikoen for å få kreft øker med alderen, og det blir rapportert flere tilfeller hos menn enn hos kvinner i alderen 50 år og oppover. De vanligste kreftformene hos menn er prostata, lunge, tykktarm og blære. Hos kvinner er det bryst, lunge, tykktarm og føflekkreft som er mest vanlig (Kreftforeningen, u.d.).

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Mine personlige erfaringer med personer med kreft i palliativ fase har jeg fått gjennom sykepleierstudiet og i arbeidslivet. Jeg har observert pasienter i sin vanskeligste situasjon gjennom hele livet, og pårørende som står sammen med dem. Å være sammen med mennesker som er i livets slutfase har gjort et sterkt inntrykk på meg, både som helsepersonell og som menneske. Jeg ønsker å skrive oppgaven min om dette temaet, da jeg synes det er både spennende og viktig. Det er også et tema jeg vil lære mer om, slik at det kan være med på å styrke mitt arbeid som sykepleier.

Regjeringen har utformet et NOU-dokument som handler om palliasjon i Norge. Der skriver de blant annet at den eldre befolkningen øker, og behovet for pleie og omsorgstjenester vil øke. Det er også viktig at palliasjon blir innført tidlig i sykdomsforløpet. For å forbedre palliasjonsfaget blir det skrevet i NOU-dokumentet at bedre og mer forskning er helt relevant for å oppnå bedring (NOU 2017: 16, 2017, s. 2).

1.2 Problemstilling med avgrensning

Min problemstilling er: «Hvordan kan sykepleier bidra til smertelindring hos palliative kreftpasienter?». Videre vil jeg avgrense den til pasienter som er hjemmeboende, skal dø i hjemmet og som mottar hjelp for symptomlindring eller forebygging. Jeg vil inkludere pårørende som er involvert, og til eldre mennesker over 70 år.

1.3 Definisjon av begrep

Palliativ: lindre symptomer som oppstår sammen med den inkurable sykdommen, og øke livskvaliteten til den syke (Kaasa & Loge, 2016, s. 45).

Smertelindring: redusere plager, symptomer og ubehag ved hjelp av ulike tiltak.

1.4 Videre utforming av oppgaven

Opgaven vil videre deles inn i fire hovedkapittel med underpunkt. Jeg har delt inn i metodekapittel, teorikapittel, resultatkapittel og drøftingskapittel. Helt til slutt vil det være en konklusjon som oppsummerer oppgaven.

2 Metode

2.1 Litteraturstudie

En litteraturstudie består av visse krav som den bør inneholde for å være en strukturert studie. Det innebærer at det skal gjøres systematiske valg av primærstudier, og en utvalgsmetode er definert. Studien skal ha en tydelig problemstilling, og det skal beskrives hvilke søkestrategier som er benyttet for å finne primærstudiene. Det skal også forklares hvorfor de blir tatt med eller utelukket i litteraturstudien. Primærstudiene skal vurderes ved hjelp av sjekklister som er utviklet av Nasjonalt Kunnskapssenter. Målet med studien er at det er god struktur i gjennomføringen og rapporteringen. Den må inneholde problemstilling, formål, søk, gjennomgang, analyse og diskusjon (Christoffersen, Johannessen, Tufte, & Utne, 2015, ss. 62-63).

2.2 Litteratursøk og utvalgsprosess

Databasene jeg har brukt for å finne forskningsartikler er «CINAL», «MEDLINE» og «Academic Search Elite». I det første søket mitt brukte jeg ordene «*palliative cancer patients*» og fikk 23.828 treff. Jeg kombinerte søkeordet med «*AND pain management*». Det resulterte i 3.388 treff. Til slutt kombinerte jeg «*AND nurse*», som ga meg 402 treff. Deretter valgte jeg full tekst, og fikk 117 treff. Til slutt begrenset jeg søket til artikler fra januar 2008 til og med desember 2018. Da kom det opp 84 treff. Jeg leste overskriftene og såg etter noen som var relevant for min problemstilling. Jeg valgte fem ulike artikler og las alle fem abstraktene, og endte opp med å bruke to av artiklene jeg fant på dette søket. Av de fem abstraktene skimleste jeg en artikkel også, men den valgte jeg å ikke bruke.

De tre siste artiklene fant jeg gjennom et nytt søk i databasene «Academic Search Elite», «CINAHL» og «MEDLINE». I første felt skrev jeg inn «*pain relief or pain management or pain control or pain reduction*», i andre felt skrev jeg «*cancer patients or oncology patients or patients with cancer*», og i tredje felt skrev jeg «*home*». Med disse søkeordene fikk jeg opp 1.307 treff. Jeg valgte å begrense til artikler fra 2008 til 2018, og full tekst. Da endte jeg opp med 106 treff. Også på dette søket, valgte jeg å se etter overskrifter som jeg trodde kunne ha en relevans for min problemstilling. Jeg leste alle overskriftene og utfra overskriftene gikk jeg innpå for å lese abstraktene. Jeg leste fem abstrakter, og brukte de tre av de artiklene.

2.3 Kildekritikk

Det finnes to forskjellige aspekter ved kildekritikk. Det er å finne litteratur som kan belyse problemstillingen, og det andre er å redegjøre litteraturen som har blitt benyttet. Litteraturen må også vurderes om den er relevant med tanke på problemstillingen (Dalland & Trygstad, 2017, ss. 152-153). Målet med redegjøringen er at leseren skal forstå refleksjonene som har blitt gjort, og hvor relevant litteraturen er for det som blir skrevet. I fagfelt som ofte blir oppdatert som for eksempel helse, kan det være nødvendig å fortelle noe om når litteraturen ble publisert (Dalland & Trygstad, 2017, s. 158).

For å kritisk vurdere de utvalgte forskningsartiklene mine, har jeg brukt sjekklister fra Helsebiblioteket (Helsebiblioteket, 2016). Jeg vet at ved å utføre litteratursøkene slik at jeg begrenser til full tekst, kan ha ført til at jeg har gått glipp av noen artikler som kunne vært med på å styrke min bacheloroppgave. Likevel valgte jeg å gjøre det på denne måten, da jeg mener at jeg fant flere ulike artikler på hvert søk som kunne brukes i min oppgave. Jeg valgte å begrense mine søk fra år 2008-2018 av den grunn at det ble anbefalt fra skolen å ikke bruke forskning som er eldre enn 10 år.

Da jeg søkte etter forskningsartikler til oppgaven brukte jeg IMRAD-metoden. IMRAD står for introduksjon, metode, resultat (and) diskusjon (Dalland & Trygstad, 2017, s. 163). Når jeg har gått inn på artikler har jeg sett om den er bygd opp etter IMRAD-metoden. Jeg valgte å bruke denne metoden for å kunne fortære avgjøre om det kunne være en aktuell forskningsartikkel for min oppgave. Artikkelen som er brukt i oppgaven har jeg valgt ut på bakgrunn av relevans for problemstilling og tema.

Styrker med artiklene som har blitt nyttet er at de tar for seg tema og informasjon som er mer tydelig mot min problemstilling, og de inneholder stoff som jeg kan drøfte for å få svar på problemstillingen. Svakheter med artiklene kan være kulturforskjeller i forhold til Norge. To av artiklene er utført i India, hvor det generelt er et lavere utdanningsnivå i befolkningen enn i Norge. I India kan det også være høyere fokus rundt alternativ medisin. Den ene artikkelen er utført i Italia, hvor det er vanlig for familier å ha mye ansvar for det syke familiemedlemmet. De har ofte større ansvar enn pårørende i Norge. Jeg valgte likevel å inkludere disse artiklene, da jeg mener de hadde relevans for min problemstilling.

2.4 Forskningsetikk

Innen palliativ forskning kan det raskt bli utfordringer grunnet pasientene er svake og kan ha nedsatt kognitiv funksjon. For hver studie som skal utføres og involverer mennesker, må den legges frem for en forskningsetisk komité. Komiteen må deretter godkjenne den planlagte studien. Det er mye forarbeid som må gjøres før en studie kan utføres, for å sikre kvaliteten på den ferdige forskningsartikkelen (Kaasa, 2016, s. 57). For å selv opprettholde etiske retningslinjer innen forskningsetikken har jeg anonymisert personene som blir omtalt i pasientrelaterte situasjoner. Jeg valgte også å ikke gjennomføre en studie selv, noe som ville tatt lang tid med tanke på godkjenning og gjennomføring.

3 Teori

3.1 Kreft

Kroppens celler jobber kontinuerlig for å lage nye celler som kompensasjon for cellene som dør på et naturlig vis. Cellene dobler DNAet sitt, og deler seg videre i to celler. Når det oppstår kreft i kroppen, har det skjedd en skade i DNAet til cellen, og cellene vil dermed dele seg ukontrollerbart. Kreftcellene vil videre danne svulster, og når den har blitt stor nok kan den kjennes som en kul utenpå kroppen. En kreftsvulst vil også kunne spre seg videre til andre organer i kroppen, og det skjer gjennom blod

og lymfekanalerne. Spredning av kreftceller fra den opprinnelige svulsten, vil som oftest spre seg til de nærmest liggende organene (Kreftforeningen, u.d.).

Svulster kan forekomme i hele kroppen, og vil gi symptomer utfra hvor den sitter (Bertelsen, Hornslien, & Thoresen, 2014, s. 131). Dersom legen mistenker at en pasient har kreft, må det gjøres flere og grundige undersøkelser. Det innebærer blant annet blodprøver, auskultasjon, palpasjon, bildediagnostikk, vevs- og celleprøver (Bertelsen, Hornslien, & Thoresen, 2014, s. 133). Det finnes flere typer behandling ved kreft, og rundt halvparten av de som får en kreftdiagnose overlever. Palliativ behandling er en del av behandling ved kreft, og vil lindre plager og symptomer som oppstår med den uhelbredelige kreftformen (Bertelsen, Hornslien, & Thoresen, 2014, s. 135). Den palliative behandlingen kan innebære stråling, cytostatika og kirurgisk inngrep i tillegg til medikamentell behandling. Når pasienten mottar behandling vil det ofte oppstå smerter som en bivirkning (Bertelsen, Hornslien, & Thoresen, 2014, ss. 141-142). Smerte vil også komme som en følge av den uhelbredelige kreftsykdommen (Knudsen & Kaasa, 2016, s. 387).

3.2 Smerte

Smerte oppleves ulikt fra person til person, selv om det er samme skade med lik smerte som oppstår. Det er et sanseintrykk og en opplevelse, og vil derfor variere (Rosland & Tjølsen, 2016, s. 328). I hjernen foregår det omfattende responser som til slutt arter seg som opplevelsen av smerte. Når en person opplever smerte lagres det i hjernen, og ved flere opplevelser av samme smerte kan det være ulikt fra gang til gang hvordan det oppleves for personen (Rosland & Tjølsen, 2016, ss. 339-340). Smerte er ikke bare én spesifikk følelse, men det finnes flere typer smerter. Nociseptive smerter er vanlige smerter vi får ved vevsskade dersom vi brenner oss, klemstrer en finger eller lignende. Nevropatiske smerter kommer som følge av en skade i nervesystemet, som fremkaller smerter (Slørdal & Rygnestad, 2014, s. 342).

Episodisk smerte er en type smerte som oppstår i tillegg til annen smerte, og vil være forbigående. Rundt 1/3 av kreftpasienter som har smerter opplever denne typen smerte (Knudsen & Kaasa, 2016, s. 393). Kreftpasienter forteller om smerter som oppstår flere ulike plasser, og de kan være både like og ulike (Knudsen & Kaasa, 2016, s. 389). I palliasjon brukes ofte begrepet «total pain», som bemerker viktigheten av en bred tilnærming til pasientene, da de ofte har et komplekst smertebilde (Kaasa & Loge, 2016, s. 37).

Det er ønskelig å få et bilde av flere aspekter ved smerten; intensitet, årsak, varighet, lokalisasjon, variasjon og karakter. For å finne informasjon om smertene til pasienten må det kartlegges tidlig. Smerte er ikke bare en fysisk konsekvens, derfor må helsepersonell også kartlegge psykiske, sosiale og eksistensielle områder som bidrar til smerten (Knudsen & Kaasa, 2016, ss. 387-388). Dersom pasienten har en følelse av uro eller angst vil det bidra til å øke smertefølelsen. Hos pasienter med langt kommet kreft er det også en fare for å få psykiske plager som angst eller depresjon, som igjen øker smertene (Knudsen & Kaasa, 2016, s. 394).

Verdens Helseorganisasjon har utformet et system som kalles smertetrappen, som består av tre trinn. På første trinn vil det bli benyttet medikamenter som paracetamol eller NSAID-preparater. På neste trinn vil det brukes paracetamol eller NSAID i tillegg til et svakt opioid preparat. På det siste trinnet vil det i tillegg bli brukt sterke opioider som morfin. Det kan legges til et fjerde trinn i smertetrappen hos pasienter med kreftsmarter. På det trinnet vil det bli gitt morfin intravenøst eller subkutan (Bertelsen, Hornslien, & Thoresen, 2014, s. 142).

3.3 Palliasjon

Palliativ behandling til en pasient betyr å yte lindrende behandling til en med uhelbredelig sykdom, og kort forventet levetid. Den palliative fasen begynner når pasienten har fått en uhelbredelig diagnose, og avsluttes når pasienten dør (Aass, et al., 2015, s. 12). Lindrende behandling vil være rettet mot mer enn bare fysiske og kroppslige symptomer som oppstår med sykdommen, men også mot de åndelige, psykiske og sosiale problemstillingene. Palliasjon innebærer å møte pasienten på en helhetlig måte. Det må være god planlegging, tilrettelegging, åpenhet og kommunikasjon hele veien. I tillegg må flere profesjoner inn i bildet, og det må jobbes tverrprofesjonelt (Aass, et al., 2015, s. 11). Palliativt team er et godt tiltak for pasienter som har uhelbredelig sykdom. De består av tverrprofesjonelle yrker som har høy kompetanse i palliasjon (Haugen & Aass, 2016, s. 119). Innen palliasjon finnes det både symptomforebyggende behandling og symptomlindrende behandling (Kaasa & Loge, 2016, ss. 44-45).

3.4 Nasjonale retningslinjer

Helsedirektoratet har utarbeidet et nasjonalt handlingsprogram for palliasjon innen kreftomsorgen (Aass, et al., 2015). Der står det blant annet at palliative pasienter som skal tilbringe siste del av livet i eget hjem har rett på tilbud om hjemmesykepleie, hjelp til å skaffe nødvendig utstyr og tverrprofesjonelt samarbeid med ulike instanser. De har også rett på en individuell plan, som koordinerer tjenestene pasienten har behov for og bruker. Den individuelle planen bør

ressurssykepleier eller sykepleier i hjemmetjenesten fylle ut sammen med pasienten. Hovedansvaret for omsorgen rundt pasienten vil være hos hjemmesykepleien og fastlege (Aass, et al., 2015, ss. 161-162).

Individuell plan (IP) er et verktøy for pasienter som får helsehjelp fra ulike instanser over lenger tid. IP er en rettighet for pasienten, men det er valgfritt om han/hun vil benytte seg av dette tilbudet. Planen inneholder blant annet mål for pasienten, tiltak og hvilke instanser som har ansvar for hvilke tjenester (Harlo & Kvikstad, 2016, s. 175).

3.5 Sykepleie

Virginia Henderson definerte sykepleiers ansvar og oppgaver slik:

«Sykepleierens særegne funksjon er å hjelpe personen, syk eller frisk, i utførelsen av de gjøremål som bidrar til god helse eller helbredelse (eller til en fredfull død), noe han ville gjort uten hjelp om han hadde hatt tilstrekkelige krefter, kunnskaper og vilje, og å gjøre dette på en slik måte at personen gjenvinner uavhengighet så fort som mulig.»

Hendersons teori beskriver sykepleier sitt hovedansvar som å hjelpe. Hjelp til å utføre mål som fører til oppnåelse av god helse eller helbredelse og hjelpe til å få en fredelig død (Kirkevold, 2003, s. 101).

Innen palliasjon er det også viktig å nevne Cicely Saunders. Saunders blir omtalt for å være «palliasjonens mor», og hun ble først sykepleier og deretter lege. Hun anses for å være grunnleggeren for palliativ pleie, og åpnet det første moderne hospicet som forsket på palliasjon. Saunders kom opp med begrepet «total pain» som betyr at det er mer enn bare fysisk smerte hos palliative pasienter. Det innebærer også psykiske, sosiale, følelsesmessige og åndelige aspekter til den døende. I sine dager som lege forsket hun selv rundt begrepet «total pain». Da oppdaget hun at pasienter som også fikk hjelp med åndelige spørsmål eller problemstillinger, trengte mindre smertestillende medikamenter (Morland, 2016).

3.6 Pårørende

Pårørende er ifølge pasient- og brukerrettighetsloven den eller de personene pasienten oppgir som nærmeste pårørende (Pasient- og brukerrettighetsloven - pbrl, 2001, ss. §1-3). Det er viktig å få en oversikt over nettverket til pasienten, og hvem som defineres som nærmeste pårørende. Oversikten gjør at sykepleier kan lære hvilke ressurser pårørende har. Nærmeste pårørende vil også få informasjon fra helsepersonell såfremt pasienten ønsker det. Som pasient har han/hun rett på informasjon om sin helsetilstand, noe som omtales i pasient- og brukerrettighetsloven. Den tilsier

også at pårørende har rett på informasjon dersom pasienten samtykker (Pasient- og brukerrettighetsloven - pbrl, 2001, ss. §3-3). For å kunne etablere en god relasjon til pårørende, er det gunstig at de får delta på informasjonsmøter så tidlig som mulig. Det vil også styrke samarbeidet mellom pasient og pårørende (Stensheim, Hjermsstad, & Loge, 2016, ss. 275-276). Pårørende setter ofte egne behov til side, for å kunne hjelpe pasienten. De hjelper med transport, pleie, medisin og andre oppgaver. I tillegg ønsker de å være en støtte for pasienten, både emosjonelt og følelsesmessig. Ofte gjør pårørende mye, og om det foregår over lenger tid kan det resultere i at pårørende blir overbelastet. Som helsepersonell er det derfor viktig å ivareta pårørende, og overta ansvar slik at pårørende får avlastning (Stensheim, Hjermsstad, & Loge, 2016, ss. 278-279).

4 Resultat

4.1 Artikkelen

«Striving to respond to palliative care patients' pain at home: a puzzle for family caregivers» (Mehta, Cohen, Ezer, Carnevale, & Ducharme, 2009).

Studiedesign: Kvalitativ studie utført i Canada.

Innhold: Studien undersøker hvilke typer smerter pasientene opplevde, og hvordan pårørende hjelper med smertelindring. De pårørende har hovedansvar for å smertelindre pasientene i samarbeid med helsepersonell. Deltagerne i studien var 24 pårørende til pasienter med langtømmet kreft. Studien foregikk over en tidsperiode på seks måneder. Pasientene var i alderen 52-89, og felles for alle var at de tok minst en type medikament mot smerte.

Funn: Pasienter som opplevde optimal smertelindring hadde pårørende som hadde ivaretatt de over lengre tid. De hadde også samarbeid med helsepersonell, som de følte at de hadde fått god informasjon ifra når det gjaldt smertelindring. I tillegg hadde disse pårørende tidligere erfaring med smertelindring både personlig og via jobbsammenheng. Pårørende til pasienter med nevrologiske smerter opplevde at ingen tiltak, verken medikamentelle og ikke-medikamentelle ga fullstendig smertelindring. Uansett hvilken type smerte pårørende opplevde at pasienten hadde, brukte de fleste medikament som et hovedtiltak. Ikke-medikamentelle tiltak ble også nyttet i varierende grad, men de ble som oftest brukt i sammenheng med medikament. Noen pårørende valgte å bruke alternative strategier som for eksempel oljer og homeopati. Dette begrunnet de med at de ville unngå bivirkninger, og at de følte at smerten ikke var sterk nok til å bruke medikament.

4.2 Artikkel to

«Cancer pain management at home: do older patients experience less effective management than younger patients?» (Bennett, Closs, & Chatwin, 2008).

Studiedesign: Kvalitativ studie utført i England.

Innhold: Studien undersøker om eldre kreftpasienter opplever mindre effektiv smertelindring enn yngre pasienter. Tilsammen ble 90 pasienter intervjuet, hvor alle hadde nylig blitt overført til kommunal palliativ omsorg. De ble delt inn i to aldersgrupper; over 75 år var den eldre aldersgruppen, mens den yngre aldersgruppen var 60 år eller yngre. De valgte å ikke intervju noen i alderen 61-74 år. I intervjuet ble alle spurt om ulike spørsmål knyttet til deres opplevelse av smerte, om medikamenter og andre smertelindrende metoder.

Funn: Resultatene fra studien viser at opplevelsen av smerte, tilgang og bruk av smertestillende, smertelindring, alternative smertelindringsmetoder og kontakt med helsepersonell var ganske likt i begge aldersgruppene. Deltakerne i begge gruppene sa også at smerten påvirket hverdagslige aktiviteter og livskvaliteten deres. Utenom smertestillende medikamenter fortalte deltakerne at de også benyttet seg av alternativ og komplementær behandling, trening, leieendringer og hjelp fra pårørende. Funnene i studien støtter opp under argumentet om at kommunale tiltak for kreftsmarter som involverer tverrprofesjonelt arbeid har større sannsynlighet for å få det bedre enn de pasientene som bare har kontakt med en type helsepersonell, eller de som ikke benytter seg av kommunale tiltak.

4.3 Artikkel tre

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

Studiedesign: Kvalitativ studie utført i India.

Innhold: Studien undersøker terminale pasienter som er sengeliggende og hvilke behov de har for palliativ omsorg, og vurdere effektiviteten av den palliative omsorgen. Artikkelen tar for seg palliative pasienter som bor hjemme, som er registrert under Regional Cancer Centre, over en periode på to år. 10 team bestående av leger, sykepleiere, farmasøyt og sosialarbeidere fikk opplæring, og besøkte pasientene hjemme ukentlig.

Funn: Studien finner at den hjemmebaserte palliative omsorgen har svært positiv innvirkning på pasientene. De opplevde høyere livskvalitet grunnet god symptomlindring. Administrering av smertelindrende medikament fra helsepersonell til rett tid, fortalte både pasientene og pårørende var et av de viktigste tiltakene. De oppnådde langvarig lindring av en rekke symptomer, grunnet regelmessige og gjentakende besøk av palliativt team. Palliativt team brukte medikamenter for å oppnå symptomlindring, og alternative behandlingsmåter som homeopati og ayurvedisk medisin. Pasientene følte seg respektert og godt ivaretatt, noe som de mente kom fra god oppfølging fra teamet.

4.4 Artikkel fire

«Perceived Barriers to Symptoms Management among Family Caregivers of Cancer Patients» (Nayak, George, & Vidyasagar, 2018).

Studiedesign: Kvantitativ studie utført i India.

Innhold: Studien undersøkte barrierene som pårørende opplever i forhold til symptomhåndtering. I tillegg til assosiasjonene mellom barrierene ved symptomhåndtering fra pårørende og deres demografiske variabler. Deltagerne i studien var 768 pårørende til pasienter med kreft. Pårørende var med pasientene i minst 2-3 timer hjemme hos pasientene hver dag, for å hjelpe dem i forhold til sykdommen. Det ble laget et undersøkesskjema som pårørende skulle svare på. Det besto av 25 spørsmål/tema om symptomer og håndtering, hvor de kunne krysse av fra 0 til 4. 0 betydde at det var ingen barriere for å håndtere symptomene, mens 4 betydde at det var en høy barriere.

Funn: Hele 88,6% av pårørende hadde liten kunnskap når det gjaldt håndtering av smerte. I tillegg hadde 97,7% av pårørende mangel på kunnskap om pasientens diagnose. Det var 88,8% av pårørende som fortalte om dårlig kunnskap når det gjaldt hvilken type hjelp og omsorg pasienten trengte til enhver tid. Derimot var det nesten ingen av pårørende som var i tvil når det gjaldt å administrere selve medikamentet som var forskrevet av lege. Via undersøkelsen kom det frem at jo høyere inntekt og utdanning pårørende hadde, jo mindre barriere hadde de for å lindre symptomene til pasienten. Et av de største hindrene for å oppnå en god smertelindring, var redsel for avhengighet av medikamenter.

4.5 Artikkel fem

«Pain characteristics and analgesic treatment in an aged adult population: A 4-week retrospective analysis of advanced cancer patients followed at home” (Mercadante, et al., 2015).

Studiedesign: Kvantitativ studie utført i Italia.

Innhold: Studien undersøkte mulige forskjeller i smerteintensitet, smertemekanismer, episodisk smerte medikamenter og bruk av opioider mellom yngre og eldre mennesker. Det var 412 pasienter som deltok, og de ble delt inn i to grupper, samt tre undergrupper etter alder. Det ble gjennomført registreringer via data. Resultatene er målt fra fire uker før døden inntraff og til en dag før døden inntraff hos pasientene.

Funn: De fleste deltagerne hadde velkontrollert smerte frem til de døde. De eldre deltagerne brukte lavere dose av opioider enn de yngre, og de eldre opplevde mer nociseptive smerter. Bruken av intravenøs morfin økte svært mye dagen før døden inntraff hos de ulike pasientene, og administrering av morfin oralt gikk nedover jo nærmere de var døden.

5 Drøfting

I Norge er det rundt 15% som dør i eget hjem, og sykepleie til de pasientene er derfor svært aktuelt i dagens samfunn (Brenne & Estenstad, 2016, s. 161). Teori og forskning viser at det er ulike utfordringer i forhold til smertelindring til palliative kreftpasienter. Sykepleier må ta stilling til flere aspekter enn bare den fysiske smerten, og pasient og pårørendes erfaringer og meninger er viktig for å tilrettelegge for en god smertelindring.

5.1 Smertekartlegging

Å jobbe som sykepleier innebærer kartlegging av pasientene. Sykepleier må innhente informasjon om pasientens ressurser, tidligere sykehistorie, funksjonsnivå og aktuell helsetilstand. Etter innsamlet informasjon må sykepleier utarbeide videre tiltak som skal settes i gang. Denne prosessen kalles sykepleieprosessen (Rotegård, Solhaug, & Grov, 2015, s. 244). Hos palliative kreftpasienter som har smerte som et betydelig symptom, er det viktig at sykepleier utfører en grundig kartlegging av smerte. Det inkluderer både anamnese, undersøkelse og kartleggingsverktøy (Knudsen & Kaasa, 2016, s. 387). I artikkelen til Bennett et al., bruker de spørsmål knyttet til smerteopplevelsen hos pasientene for å kartlegge (Bennett, Closs, & Chatwin, 2008), mens i artikkelen til Mercadante et al.,

har det blitt brukt registreringer via data som ser på smerteintensiteten (Mercadante, et al., 2015). For å få en dyp forståelse om smerten, er det viktig å begynne smertekartleggingen tidlig. Da kan sykepleier bruke spørsmål om smerteintensitet, lokalisasjon, karakter og variasjon. Når det gjelder intensitet kan en bruke numerical rating scale (NRS). Det er en skala fra 0-10 hvor 0 er ingen smerte og 10 er verst tenkelige smerte. NRS vil være relevant å bruke flere ganger etter hvert som smerten forandrer seg (Knudsen & Kaasa, 2016, ss. 390-391).

For å hente informasjon om lokalisasjon må pasienten fortelle og peke på kroppen hvor smerten sitter. Det er også mulig å bruke et smertekart som hjelpemiddel til dette. Ved å finne ut smertekarakteren menes det å finne ut om smertene er nociseptiv eller nevropatiske. Det er vanskelig å vite smertekarakteren alene, og det trengs derfor tilleggsinformasjon om smerten. Å vite smertekarakteren er helt relevant for at det kan utskrives riktige medikamenter og dermed oppnå en bedre smertelindring (Knudsen & Kaasa, 2016, ss. 391-392).

Hos pasienter med langkommet kreft er det ikke uvanlig at de opplever flere typer smerter. Variasjon i smertene er også viktig at sykepleier kartlegger. Dersom pasienten tidligere har levd med kroniske smerter, kan det ha en negativ betydning for smertelindringen. Det er ikke uvanlig at smertene er mest fremtredende på kveld og natt, noe som kan forstyrre søvnen til pasienten. Derfor er det viktig å kartlegge når pasienten opplever smertene i løpet av døgnet, slik at lege kan ordinere høyere doser på det tidspunktet (Knudsen & Kaasa, 2016, ss. 392-393). Som både Saunders (Morland, 2016) og Henderson (Kirkevold, 2003, s. 101) har omtalt i sin teori om sykepleie, er det viktig at sykepleiere streber for å sørge for at pasienten får en fredfull død, og en lindrende tid i forkant av døden. Når det gjelder å oppnå god smertelindring vil det være aktuelt å bruke god tid på kartlegging av smerter, gjerne ved et tidlig møte med pasienten. Om ikke helsepersonell gjør en grundig jobb i innsamling av informasjon og smertekartlegging, vil det kunne føre til at pasienten ikke får riktig behandling. Det kan også være med på å gi en dårligere smertelindring.

5.2 Tverrprofesjonelt samarbeid

Når en pasient er i palliativ fase og ønsker å tilbringe sin siste tid i hjemmet vil det ikke være tilstrekkelig med hjelp fra bare hjemmesykepleien (Aass, et al., 2015, s. 15). Palliativ omsorg i pasientens eget hjem innebærer at det jobbes tverrprofesjonelt, hvor fastlege og hjemmesykepleie er to instanser som er helt grunnleggende for pasienten. Andre instanser kan blant annet være fysioterapeut, prest og sosionom. De ansatte i hjemmesykepleien skal sørge for at pasienten får god pleie og omsorg. I tillegg er det viktig at pasienten opplever kontinuitet fra hjemmesykepleien, da en

palliativ fase er en krevende og tung situasjon (Haugen & Aass, 2016, ss. 116-117). I dagens samfunn er pårørende en stor ressurs for pasienten, og har en viktig rolle i det tverrprofesjonelle samarbeidet (Stensheim, Hjermsstad, & Loge, 2016, s. 278). Det betyr også at pårørende har behov for avlastning. Det kan gjøres ved å ha faste perioder hvor pasienten har korttidsopphold på et sykehjem (Haugen & Aass, 2016, s. 118). Da vet pårørende at pasienten har det trygt og godt, samtidig som pasienten vet at pårørende får avlastning og tid til å innhente seg.

Fastlege og sykepleier i hjemmetjenesten har et stort ansvar for at det blir kontinuitet og kvalitet i arbeidet rundt pasienten og med de ulike instansene (Brenne & Estenstad, 2016, s. 166). God kommunikasjon angående rollefordeling blant instansene er helt sentralt for å oppnå best mulig omsorg og kontinuitet (Haugen & Aass, 2016, s. 122). Palliative team har en ambulerende tjeneste, og kan derfor komme hjem til pasienten (Aass, et al., 2015, s. 15). De kan bidra med råd og veiledning til ulike problemstillinger, og vil hjelpe pasienten til å oppnå en best mulig tid i hjemmet. I artikkelen til Datta et al., viser resultatene at pasientene hadde en positiv opplevelse av palliative team i hjemmet. Både pårørende og pasientene fortalte at smertelindring utført av helsepersonell var den viktigste faktoren for den gode opplevelsen. I tillegg til god smertelindring, oppnådde pasientene en høyere livskvalitet som følge av arbeidet til teamet (Datta, Majumdar, Debbarma, Janapati, & Datta, 2017). Bennett et al., sin studie har også presentert funn som viser at det er større sannsynlighet for at pasienter som benytter seg av tverrprofesjonell helsehjelp, opplever bedre smertelindring enn de som ikke benytter tilbudet (Bennett, Closs, & Chatwin, 2008). Det som likevel kan være en utfordring for eksempel i små kommuner, er at det kan være lang vei til sykehuset og/eller lite ressurser tilgjengelig. Slike problemer kan føre til dårligere oppfølging av pasienten, eller at helsepersonell som er hjemme hos pasienten ikke har tilstrekkelig kompetanse rundt palliasjon, og dermed ikke kan gi pasienten like god faglig oppfølging som han kunne fått ved hjelp av palliativt team. Det kan og føre til at pasienten må tilbringe mer tid på sykehuset enn i hjemmet. Dersom det skjer vil ikke pasient og pårørende få oppfylt sitt ønske om å tilbringe den siste tiden i hjemmet, og de kan føle på en enda større sorg og fortvilelse.

5.3 Trygghet og informasjon

5.3.1 Trygghet

Trygghet for pasient og pårørende er nøkkelordet ved en god hjemmedød. Helsepersonell fra alle innblandede instanser, har et ansvar for å betrygge både pasienten og pårørende. Det bør utarbeides en individuell plan slik at pårørende kan ta kontakt dersom eller når det oppstår problemer. Noe som trygger pårørende er om pasienten har en avdeling på sykehuset med åpen retur, slik at han eller

hun kan bli direkte innlagt ved behov. En annen faktor for å oppnå trygghet er at kommunal helsehjelp kan få råd fra spesialisthelsetjenesten (Brenne & Estenstad, 2016, ss. 167-168). Pårørende i seg selv er også en god trygghet for pasienten, ved både ivaretagelse og tiltro (Stensheim, Hjerme, & Loge, 2016, s. 274). Ettersom flere og flere mennesker ønsker å dø hjemme, blir pårørende både en viktig ressurs (Birkeland & Flovik, 2014, s. 140). For at det skal være mulig, er det helt nødvendig med planlegging og samarbeid med helsepersonell. Å oppnå dette kan gjøres ved at sykepleier får en oversikt over hvem pårørende er og hvordan de ønsker å bidra. Pasientens ønsker er det som skal fokuseres på, og helsepersonell må derfor kartlegge det fra begynnelsen (Stensheim, Hjerme, & Loge, 2016, s. 275). Som Nayak et al., presenterte i sin artikkel, kommer det frem at mange av pårørende som ivaretok pasienten hadde dårlig med kunnskap både når det gjaldt smertelindring og diagnosen til pasienten. Så mye som 88,6% av pårørende hadde ikke god nok kompetanse om hvordan de kunne håndtere smertene til pasientene. Noen pårørende hadde høyere barrierer for å administrere medikamenter til pasientene enn andre, noe som ofte var styrt av demografiske variabler. Når pårørende skal ivareta pasienten og har ansvar for administrering av smertelindrende medikamenter, kreves det at de har kunnskap om både diagnosen og håndtering av smerter. Dersom de ikke har det, vil det føre til at pasientene ikke oppnår optimal smertelindring, og spesielt når pårørende opplever ulike typer sperrer som gjør det vanskeligere å administrere medikamenter (Nayak, George, & Vidyasagar, 2018). Helsepersonell må sørge for at pårørende får tilstrekkelig med kompetanse, og må informere om diagnose, smertelindring og virkning av medikamenter.

Mange pårørende er redd for å administrere opioider, noe de forklarer med at de er bekymret for avhengighet (Nayak, George, & Vidyasagar, 2018). Det er ikke uvanlig at pårørende har fordommer mot sterke smertestillende, men det tyder på at de ikke har fått nok informasjon og kunnskap av helsepersonell, noe som kunne gitt pasientene en bedre opplevelse og økt livskvalitet i den palliative fasen. Dårlig informasjon og opplæring kan bidra til at pasienten får dårligere smertelindring, og pårørende kan føle seg hjelpeløs når det gjelder å ivareta pasienten. Når pårørende ikke føler seg trygg nok på å administrere medikamenter vil det føre til at både pasienten og pårørende mister en del av trygghetsfølelsen rundt omsorgen. Derfor er det viktig at helsepersonell kan betrygge og lære pasient og pårørende om sterke smertestillende medikamenter før behandlingen begynner (Klepstad & Kaasa, 2016, s. 430).

Tett og godt samarbeid med helsepersonell er vesentlig for at pårørende skulle kunne ivareta sine kjære i den siste fasen av livet. Mehta et al., har kommet frem til at de pasientene som hadde blitt ivaretatt av sine pårørende over en lengre periode, opplevde en god smertelindring, men det var

forutsett at de hadde fått god og tilstrekkelig informasjon fra helsepersonell. Pårørende i den artikkelen hadde også tett samarbeid med helsepersonell (Mehta, Cohen, Ezer, Carnevale, & Ducharme, 2009). Ved å se på resultatene fra de to artiklene ser man hvor stor forskjell god opplæring og tett samarbeid med helsepersonell har å si for smertelindringen.

5.3.2 Informasjon

Mot slutten av pasientens liv, oppleves det at pårørende har større behov for informasjon. Mangel på informasjon kan føre til vanskelige situasjoner mellom pasienten og pårørende. Dersom pasienten ikke vil at pårørende skal ha all informasjon, kan pårørende føle at de ikke får god informasjon fra verken pasient eller helsepersonell (Stensheim, Hjermsstad, & Loge, 2016, ss. 277-278).

Helsepersonell bør derfor tilrettelegge for informasjonssamtale så tidlig som mulig (Stensheim, Hjermsstad, & Loge, 2016, s. 276). Mine egne erfaringer med pårørende til palliative pasienter, er at de har et stort behov for informasjon og at de gjerne stiller mange spørsmål. Pårørende blir ofte betrygget av å få svar av helsepersonell, og sykepleier bør derfor være tilgjengelig for spørsmål og hjelpe til å dekke informasjonsbehovet til pårørende.

Flere studier viser at flere ønsker å dø i eget hjem enn andre steder, og i dag er det rundt 15% av norsk befolkning som dør hjemme (Brenne & Estenstad, 2016, ss. 161-162). For å kunne oppfylle pasientens ønske om å dø hjemme er det viktig at palliative tjenester er tilgjengelig. Det er også flere organisatoriske tilleggsfaktorer som må tas i betraktning for en god hjemmedød. Blant annet innebærer det planlegging av hjemmedøden sammen med pasient og pårørende, tilgang til kompetent helsepersonell døgnet rundt, kontinuitet, opplæring og undervisning, lindrende medikamenter og avlastning for pårørende (Brenne & Estenstad, 2016, ss. 164-165). Helsepersonell spiller en stor rolle når det gjelder planlegging og tilrettelegging av hjemmedød. Det er viktig at både pasient og pårørende vet hva som venter seg, og da er en forberedende samtale høyst nødvendig. Helsepersonell må kartlegge pasientens ressurser og skape trygghet rundt hele situasjonen. Det er også viktig at pårørende er med på å skape en trygghet for pasienten (Brenne & Estenstad, 2016, s. 166). Helsepersonell har et stort ansvar for å formidle all informasjon og samtidig ha en åpen dialog med pasient og pårørende. God kommunikasjon og informasjon er helt nødvendig for at pasient og pårørende skal få en opplevelse av trygghet. Det er i tillegg med på å gi pasienten mer tid i hjemmet, enn dersom det foreligger dårlig kommunikasjon. For å ikke skape utrygghet, må lege og sykepleier sammen bestemme hvor mye informasjon som skal gis. Noen relevante tema og informere om er symptomer, dødsprosessen, lindrende medikamenter og administrasjon av dem, samt hva som vil skje etter bortgangen til pasienten (Brenne & Estenstad, 2016, ss. 167-168).

5.4 Smertelindring

Som kjent er smerte en vanlig følge av avansert og langkommet kreft. Det finnes internasjonale retningslinjer om hvordan smerte skal behandles, og dersom de blir fulgt kan de være med på å gi en god og effektiv smertelindring. Ifølge en studie gjennomført i Tyskland forteller resultatene at ved å følge trinnene i smertetrappen som er utviklet av Verdens Helseorganisasjon, oppnådde nesten 90% av kreftpasienter en god smertelindring (Knudsen & Kaasa, 2016, ss. 387-388). For å kunne vite hvilket trinn en pasient er på når det gjelder smertetrappen må det ha blitt utført en god kartlegging på forhånd, og gjerne tidlig i sykdomsforløpet. Smertetrappen vil være et godt verktøy å bruke for å oppnå best mulig smertelindring for pasienten.

I alle artiklene som er presentert i resultat-delen ser vi at det blir brukt ulike tiltak for å lindre smertene til pasientene. Det involverer både medikamentelle tiltak og ikke-medikamentelle tiltak. I artikkelen til Mercadante et al., blir det beskrevet at pasientene nytter smertelindrende medikamenter i tablettform per os og intravenøst. Ikke-medikamentelle tiltak i de ulike artiklene innebærer leieendring, varmekflaske, oljer, homeopati, alternativ behandling og trening. De fleste brukte likevel medikamentelle tiltak mest, og gjerne før og i kombinasjon med de ikke-medikamentelle tiltakene (Mercadante, et al., 2015). Det vil derfor være aktuelt å benytte seg av både medikamentelle og ikke-medikamentelle tiltak i en palliativ fase hvor pasienten har smerter (Rosland & Tjølsen, 2016, ss. 339-340). Gjennom mine erfaringer har jeg sett at flere pasienter ønsker å bruke smertepumpe i siste fase av livet, og at de sjelden tenker på ulempene som at det blir styrt med nål i huden og ledninger. Pasientene som jeg har hatt kontakt med synes det er verdt ulempene, for de oppnår bedre smertelindring enn ved tabletter som de tar per os. En pasient har fortalt at han opplevde god smertelindring ved bruk av smertepumpe når sykepleiere administrerte medikamenter gjennom den. Lindrende medikamenter er svært viktig for pasient og pårørende, og vanlige medikamenter som ofte blir brukt i livets slutfase er morfin, midazolam, haloperidol og glykopyrrolat (Brenne & Estenstad, 2016, ss. 167-168). Bennett et al., sin studie viser at dårlig smertelindring hos palliative pasienter førte til nedsatt livskvalitet og at de ikke kunne utføre sine hverdagslige gjøremål (Bennett, Closs, & Chatwin, 2008). Det gjør det ekstra viktig for helsepersonell og bidra til god smertelindring hos pasientene. Å øke livskvaliteten til pasienten er et av hovedmålene innen palliasjon, og som det kom frem i studien fikk pasientene dårligere livskvalitet. Dette resultatet viser oss hvor viktig det er med å oppnå god smertelindring. God smertelindring krever planlegging av tiltak, medikamenter og utredning av smerter.

Smerter i palliativ fase er preget av mer enn bare fysisk smerte. Det inkluderer både psykiske, sosiale, åndelige og eksistensielle faktorer (Knudsen & Kaasa, 2016, s. 393). Psykisk og indre ro vil også være med på å gi pasienten en trygghet, som igjen kan være med å redusere smertenivået. Gjennom en palliativ fase vil det være naturlig for sykepleier å hjelpe pasienten med det åndelige og eksistensielle behovet. Selv om sykepleier har en stor rolle innenfor åndelig ivaretagelse, vil det ikke utelukke andre profesjoner. Prestetjenesten vil være svært sentral, og kan i tillegg veilede helsepersonell, pasient og pårørende gjennom samtaler (Hirsch & Røen, 2016, s. 315). På slutten av livet vil naturligvis døden ta stor plass i tankene til pasienten, noe som kan bidra til mye uro og angst (Hirsch & Røen, 2016, s. 317). Pasienten kan også bekymre seg mye over hva som skjer med pårørende og hvordan de skal greie seg etter døden inntreffer. Derfor er det viktig at pasienten får snakket ut om dette sammen med pårørende, og gjerne med hjelp fra helsepersonell og prestetjenesten (Hirsch & Røen, 2016, s. 319). At pasienten får en form for indre ro når det gjelder åndelige behov, vil også være med på å redusere smerter. Det er viktig at helsepersonell kan bidra med hjelp til dette, eller søke kompetanse hos andre profesjoner som har spesialkompetanse rundt temaet.

6 Konklusjon

For at pasientene skal oppnå best mulig smertelindring er det viktig at sykepleiere bruker sin kunnskap som de har fått gjennom utdanning og arbeidsliv om ulike måter å smertelindre på. Det kan være både medikamentelle og ikke-medikamentelle måter, og sykepleier må hele tiden vurdere og bruke det kliniske blikk for hvilke tiltak som skal settes i gang. I palliativ omsorg er det en forutsetning at pasienten føler seg trygg, og sykepleier må derfor være en som pasienten kan stole på, og kan si ifra dersom det oppstår problemer eller smerter. Da vil det være gunstig at sykepleier er rolig og sikker i sitt fag, og i tillegg bruker faglig skjønn utover arbeidet.

Sykepleiere har en stor rolle i palliativ omsorg til pasienter. De må være behjelpelig for både pasient og pårørende på samme tid, da pårørende ofte er mye involvert i den siste fasen av livet. Sykepleier må informere om hva som skal skje, og være tilgjengelig for pårørende dersom de har spørsmål. På den måten vil det hjelpe på å trygge pasienten og pårørende. Pårørende vil også være en god støtte i smertelindringen til pasienten, på den måten at bare tilstedeværelsen deres trygger pasienten. Det er også pårørende som kjenner hans eller hennes behov best. Sykepleier må vurdere flere aspekter enn bare den fysiske smerten, og på den måten prøve å hjelpe pasienten med eksistensielle, psykiske og fysiske problemstillinger. Det er med på å hjelpe pasienten til å oppnå en enda bedre smertelindring. Sykepleiere og andre profesjoner må også ha et godt samarbeid, for å kunne hjelpe

pasienten på best mulig måte. De må være koordinerte og ha en klar plan med mål og tiltak for pasienten.

Bibliografi

- Aass, N., Haugen, D. F., Rosland, J., Jordhøy, M., Dønnem, T., & Knudsen, A. (2015, Mars). <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/>. Hentet fra Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen.
- Bennett, M., Closs, J., & Chatwin, J. (2008). Cancer pain management at home: do older patients experience less effective management than younger patients? *Support Care Cancer*(17), ss. 787-792. Hentet fra DOI: 10.1007/s00520-008-0549-3.
- Bertelsen, B., Hornslien, K., & Thoresen, L. (2014). Svulster. I S. Ørn, J. Mjell, & E. Bach-Gansmo, *Sykdom og behandling* (ss. 123-145). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Birkeland, A., & Flovik, A. (2014). Pårørende og pasientrettigheter. I A. Birkeland, & A. Flovik, *Sykepleie i hjemmet* (ss. 140-151). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Brenne, A.-T., & Estenstad, B. (2016). Hjemmedød. I S. Kaasa, & J. Loge, *Palliasjon* (ss. 161-171). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Christoffersen, L., Johannessen, A., Tuft, P., & Utne, I. (2015). *Forskningsmetode for sykepleierutdanningene*. Oslo: Abstrakt forlag.
- Dalland, O., & Trygstad, H. (2017). Kilder og kildekritikk. I O. Dalland, *Metode og oppgaveskriving* (ss. 149-165). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Datta, D., Majumdar, G., Debbarma, S., Janapati, B., & Datta, A. K. (2017, Juli 18). Analytical study of short- and long term results of home-based palliative care services to cancer patients. *Indian Journal of Palliative Care*, ss. 331-334.
- Harlo, S., & Kvikstad, A. (2016). Økonomiske støtteordninger ved alvorlig sykdom og dødsfall. I S. Kaasa, & J. Loge, *Palliasjon* (ss. 172-187). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Haugen, D. F., & Aass, N. (2016). Organisering av palliative tilbud. I S. Kaasa, & J. Loge, *Palliasjon* (ss. 112-124). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Helsebiblioteket. (2016). *helsebiblioteket.no*. Hentet fra Sjekklister: <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister>
- Hirsch, A., & Røen, I. (2016). Ivaretagelse av åndelige og eksistensielle behov. I S. Kaasa, & J. Loge, *Palliasjon* (ss. 315-325). Oslo: Gyldendal Akademisk .
- Kaasa, S. (2016). Forskning innen palliasjon. I S. Kaasa, & J. Loge, *Palliasjon* (ss. 51-61). Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Kaasa, S., & Loge, J. (2016). Palliativ medisin - en innledning. I J. Loge , & S. Kaasa, *Palliasjon* (ss. 34-49). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kirkevold, M. (2003). Virginia Hendersons definisjon av sykepleiens natur. I M. Kirkevold, *Sykepleieteorier - analyse og evaluering* (ss. 100-112). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Klepstad, P., & Kaasa, S. (2016). Opioider. I S. Kaasa, & J. Loge, *Palliasjon* (ss. 429-439). Oslo: Gyldendal Akademisk .
- Knudsen, A., & Kaasa, S. (2016). Smertediagnostikk. I S. Kaasa , & J. Loge, *Palliasjon* (ss. 387-401). Oslo: Gyldendal Akademisk .
- Kreftforeningen. (u.d.). Hentet fra Hva er kreft?: <https://kreftforeningen.no/om-kreft/hva-er-kreft/>
- Mehta, A., Cohen, R., Ezer, H., Carnevale, F., & Ducharme, F. (2009). Striving to respond to palliative care patients pain at home: a puzzle for family caregivers. *Oncology Nursing Forum*(38), ss. 37-45. Hentet fra DOI: 10.1188/11.ONF.E37-E45
- Mercadante, S., Aielli, F., Masedu, F., Valenti, M., Ficorella, C., & Porzio, G. (2015, April 1). Pain characteristics and analgesic treatment in an aged adult population: a 4-week retrospective analysis of advanced cancer patients followed at home. (32), ss. 315-320.
- Morland, E. (2016, August 19). *Palliasjonens mor*. Hentet fra Sykepleien.no: <https://sykepleien.no/2016/08/palliasjonens-mor>
- Nayak, M., George, A., & Vidyasagar, M. (2018, April). Percieved barriers to symptoms management among family caregivers of cancer patients. *Indian Journal of Palliative Care*, 24(2), ss. 202-206.
- NOU 2017: 16. (2017). *På liv og død - Palliasjon til alvorlig syke og døende*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet fra På liv og død - Palliasjon til alvorlig syke og døende.
- Pasient- og brukerrettighetsloven - pbrl. (2001, Januar 1). *Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven)*. Hentet fra (LOV-1999-07-02-63): https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasientrettighetsloven#KAPITTEL_2
- Rosland, J., & Tjølsen, A. (2016). Grunnleggende smertepatofysiologi. I S. Kaasa, & J. Loge, *Palliasjon* (ss. 328-353). Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Rotegård, A., Solhaug, M., & Grov, E. (2015). Sykepleierens arbeids- og beslutningsprosess. I E. Grov, & I. Holter, *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie* (ss. 244-268). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Slørdal, L., & Rygnestad, T. (2014). Legemidler ved smerter. I H. Nordeng, & O. Spigset, *Legemidler og bruken av dem* (ss. 341-349). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Slettebø, Å. (2016). Forskningsetikk. I B. S. Brinchmann, *Etikk i sykepleien* (ss. 241-257). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Stensheim, H., Hjermsstad, M. J., & Loge, J. (2016). Ivaretagelse av pårørende. I S. Kaasa, & J. Loge, *Palliasjon* (ss. 274-286). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Trier, E. (2013). Lindrende sykepleie. I U. Knutstad (Red.), *Utøvelse av klinisk sykepleie: Sykepleieboken 3* (ss. 892-944). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.