



Høgskulen på Vestlandet

Sykepleie, forskning og fagutvikling (Bacheloroppgave)

SYKSB3001

Predefinert informasjon

Startdato:	24-02-2020 09:00	Termin:	2020 VÅR
Sluttdato:	22-04-2020 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Sykepleie, forskning og fagutvikling (Bacheloroppgave)		
SIS-kode:	203 SYKSB3001 1 PRO-1 2020 VÅR stord		
Intern sensor:	Angelina Belova		

Deltaker

Kandidatnr.: 619

Informasjon fra deltaker

Tittel *: Sykepleie til hjemmeboende kreftpasienter i palliativ fase
Antall ord *: 8241
Egenerklæring *: Ja

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

Jeg godkjenner avtalen om publisering av bacheloroppgaven min *

Ja

Er bacheloroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? *

Nei

Er bacheloroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? *

Nei



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGAVE

Sykepleie til hjemmeboende kreftpasienter i palliativ fase

Nursing for cancer patients living at home during the palliative phase

Kandidatnummer 619

Bachelor i sykepleie, Stord

Institutt for Helse og omsorgsvitenskap

Veileder Angelina Belova

Innleveringsdato 22.04.20

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, § 12-1.

Sykepleie til hjemmeboende kreftpasienter i palliativ fase
Nursing for cancer patients living at home during the palliative phase



Figur 1: «Personer som holder hender». Bilde hentet fra <https://www.shutterstock.com>

Bacheloroppgave i sykepleie
Høgskolen på Vestlandet, avdeling Stord
Kull: 2017

Innleveringsdato:

22.04.2020

Antall sider:

47

Antall ord:

8241

«En dag skal vi dø.

Men alle andre dager skal vi leve.»

-Per Olav Enquist

Sammendrag

Tittel: Sykepleie til hjemmeboende kreftpasienter i palliativ fase.

Bakgrunn for valg av tema: I 2018 ble det registrert 34 190 nye krefttilfeller blant menn og kvinner i Norge, samme år døde 10902 av kreft. Det er heldigvis slik at flere overlever kreften på bakgrunn av nye behandlingsmetoder og tidlig diagnostikk. Kreft påvirker hele mennesket fysisk, psykisk og eksistensielt og kan oppstå i alle aldersgrupper. Den største krefttrisikoen er alderdom og det forventes en økning av eldre i befolkningen. Dette vil føre med seg flere antall krefttilfeller og tilfeller der helbredende behandling ikke har nytte, men heller der palliativ omsorg blir sentralt. Etter samhandlingsreformen trede i kraft skal flere få muligheten til å dø i hjemmet og flere skal få hjelp på kommunalt nivå og det vil stille høyere krav til kompetanse og kapasitet.

Problemstilling: Hvordan kan sykepleier ivareta hjemmeboende kreftpasienter i palliativ fase?

Hensikt: Å undersøke og besvare oppgavens problemstilling for å kunne få dypere kunnskap og forståelse for å bedre hjelpe hjemmeboende kreftpasienter som ønsker å dø i hjemmet.

Metode: Litteraturstudie som metode å innhente litteratur og forskning for besvare oppgavens problemstillingen.

Funn: God kommunikasjon i kontakt med kreftpasienten fra starten av kan gi en gjensidig og god relasjon der pasienten finner trøst, tillit og trygghet og bli ivaretatt både fysisk, psykisk og emosjonelt. Pasientens pårørende trenger også å bli ivaretatt, fordi kreftsykdommen kan være en enorm belastning som kan medføre at de nærmeste også lider. Depressive symptomer følger ikke nødvendigvis hånd i hånd med kreftdiagnosen og bør i flere tilfeller følges opp og behandles uavhengig. Gode kartleggingsverktøy, spesielt brukt sammen med pasienten, gir et bredere bilde av den enkeltes situasjon.

Konklusjon: Ved at sykepleier skaper en god relasjon til hjemmeboende kreftpasienter i palliativ fase kan det bidra til å lettere hjelpe pasienten med plagsomme symptomer. God lindring av pasientens symptomer kan medføre en viss normalitet i hverdagen der pasienten får medvirke, dette kan bidra til håp og mening i tilværelsen for hjemmeboende kreftpasienter i palliativ fase.

Nøkkelord: Hjemmesykepleien, kreft, palliativ fase.

Abstract

Title: Nursing for cancer patients living at home during the palliative phase.

Background: During 2018 34190 men and women were diagnosed with cancer and the same year, 10902 people succumbed to the disease in Norway. Luckily, with the implementation of new treatments and early diagnostics, more and more people survive cancer. Cancer affects the whole person physically, mentally and existentially and may appear in people of all ages. Old age is the main risk for developing cancer and an increase of elderly in the population is expected. This will result in an increase of cancer cases where recovery no longer is a realistic goal, but rather a focus on palliative care will be needed. After the coordination reform was implemented more people will be given the option to die in their own home and more people will receive help at a municipal level, requiring a higher demand for competence and capacity.

Topic question: How to provide nursing care for palliative cancer patients living at home?

Aim: To examine and answer the topic question to gain deeper knowledge and increased understanding in regards to helping cancer patients who wish to die in their own homes.

Method: A literature study where literature and research is gathered to answer the topic question

Result: Establishing good communications with the patient from the start can provide a mutually beneficial relation where the patient can find comfort, trust and a sense of safety and be taken care of physically, mentally and emotionally. The patients other caretakers and next of kind also need to be seen and cared for as the cancer diagnosis is a huge burden which likely causes them to suffer in their own. Symptoms of depression isn't necessarily related to the cancer diagnosis and in more cases it should be followed up and treated independantly. Proper surveyforms, especially when used in conjunction with the patient, can provide a broader image of each individuals situation.

Conclusion: When the nurse establishes a good relation to cancer patients living at home during their palliative phase it can make it easier to give the patient relief from bothersome symptoms. Proper relief of the patients symptoms can bring about some normality in everyday life where the patient contributes, which again can inspire hope and give meaning in their existence.

Key words: Home based nursing, cancer, palliative phase.

Innholdsliste

1.0 Innledning	2
1.1 Introduksjon og bakgrunn for valg av tema	2
1.2 Problemstilling	2
1.3 Avgrensning og presisering av problemstilling	3
1.4 Oppgavens oppbygning.....	3
2.0 Teoretisk referanseramme.....	3
2.1 Joyce Travelbee.....	3
2.2 Hjemmesykepleie	5
2.3 Kreft	6
2.4 Palliativ fase	6
3.0 Metode	7
3.1 Litteraturstudie	7
3.2 Fremgangsmåte	8
3.3 Metodekritikk	11
3.3.1 Vurdering av egen oppgave.....	12
3.3.2 Kildekritikk	12
3.3.3 Forskningsetikk	13
4.0 Resultat.....	14
4.1 Sammen drag av valgte artikler	14
4.1.1 Artikkel 1.....	14
4.1.2 Artikkel 2.....	14
4.1.3 Artikkel 3.....	15
4.1.4 Artikkel 4.....	15
4.1.5 Artikkel 5.....	16
4.2 Sammenfatning av artikkelfunn	16
5.0 Drøfting	17
5.1 Å skape en omsorgsfull relasjon til pasienter med uhelbredelig kreft	18
5.2 Å hjelpe pasienten med plagsomme symptomer	21
5.3 Å hjelpe pasienten med å finne håp og mening i tilværelsen.....	23
6.0 Konklusjon.....	25
Referanseliste.....	27
Vedlegg	32

1.0 Innledning

1.1 Introduksjon og bakgrunn for valg av tema

I 2018 ble det registrert 34 190 nye krefttilfeller blant menn og kvinner i Norge, samme år døde 10902 av kreft (Kreftregisteret, 2019; Folkehelseinstituttet, 2019). Det er heldigvis slik at flere overlever kreften på bakgrunn av nye behandlingsmetoder og tidlig diagnostikk. Kreft påvirker hele mennesket både fysisk, psykisk og eksistensielt og kan oppstå i alle aldersgrupper. Den største kreftrisikoen er alderdom og det forventes en økning av eldre i befolkningen. Dette vil føre med seg flere antall krefttilfeller og tilfeller der helbredende behandling ikke har noen nytte, men heller der palliativ omsorg blir sentralt (Bertelsen, Hornslien, Thoresen, 2016, s.131). Etter samhandlingsreformen trede i kraft skal flere få muligheten til å dø i hjemmet og flere skal få hjelp på kommunalt nivå. Mer ansvar og flere oppgaver skal overføres fra spesialisthelsetjenesten til kommunene, dette vil utløse et større behov for palliativ omsorg i kommunale helse- og omsorgstjenester og det vil stille høyere krav til kompetanse og kapasitet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009, 2018).

På bakgrunn av introduksjonen av tema og den tilegnede kunnskapen gjennom studiet og tidligere praksiserfaringer med palliativ omsorg til hjemmeboende kreftpasienter har jeg opplevd betydningen av en god fungerende relasjon. Dette for å kunne hjelpe pasienten med å lindre plagsomme symptomer, noe som jeg erfarer at kan bidra til at pasienten finner håp og mening i sin tilværelse. Det å møte pasienter med livstruende kreftsykdom som skal møte døden, erfarer jeg at kan vekke sterke følelser og usikkerhet. Det blir derfor helt avgjørende for meg å tilegne meg enda mer kunnskap, innsikt og erfaring blant denne pasientgruppen. I den sammenheng benytter jeg muligheten til å gjøre en litteraturstudie i bacheloroppgaven for å belyse tema. Mitt valg av tema blir derfor sykepleie til hjemmeboende kreftpasienter i palliative fase.

1.2 Problemstilling

Hvordan kan sykepleier ivareta hjemmeboende kreftpasienter i palliativ fase?

1.3 Avgrensning og presisering av problemstilling

Problemstillingen avgrenses til å omhandle sykepleiers funksjon når det gjelder;

1. Å skape en omsorgsfull relasjon
2. Å hjelpe pasienten med plagsomme symptomer
3. Å hjelpe å finne håp og mening i tilværelsen

Går ikke innpå ulike kreftsykdommer eller i dybden av pårørendes funksjon på bakgrunn av oppgavens omfang, selv om dette er av stor betydning for ivaretagelsen av hjemmeboende kreftpasienter i palliativ fase, men at da vill oppgaven bli noe annerledes. Har også valgt å fokusere på kreftpasienter i palliativ fase som er over 18 år som fremdeles er samtykkekompetente. Gjennom oppgaven presiserer jeg sykepleier som «hun» og pasienten som «han» for å kunne enklere belyse gjennom oppgaven.

1.4 Oppgavens oppbygning

Denne oppgaven er bygget opp av fire deler med teori, metode, resultat og drøftingsdel. I teoridelen benytter jeg sykepleieteoretikeren Joyce Travelbee for å belyse en sykepleieteoretisk tilnærming og redegjørelse for hjemmesykepleie, kreft og palliativ fase. Metod delen gir en oversikt over litteraturstudier som metode. I resultatdelen blir det tatt med sammendrag av artikler og funn. Deretter drøftingsdel der de selvvalgte fokusområdene blir belyst for å kunne finne svar på oppgavens problemstilling. Til slutt en konklusjon der problemstillingen besvares.

2.0 Teoretisk referanseramme

2.1 Joyce Travelbee

Joyce Travelbee (1926-1973) var en psykiatrisk sykepleier som mente at sykepleie er en mellommenneskelig prosess. Sykepleiers mål og hensikt er å hjelpe den unike pasienten og dens familie i å mestre erfaringer og forebygge lidelse og dersom nødvendig å finne en mening med erfaringene (Kirkevold, 2001, s.113-114).

Sykepleiers mål og hensikt kan kun oppnås ved å skape et menneske til menneske forhold som er basert på summen av ulike erfaringer og opplevelser som deles av sykepleier og pasienten eller dens pårørende. Erfaringene og opplevelsene kan ses i sammenheng med ivaretagelse av sykepleie behov. Disse behovene blir ivaretatt av sykepleier som tar i bruk kunnskap, ferdigheter, erfaringer med innsikt og evne til å bruke seg selv terapeutisk, ved å anvende seg selv på en kreativ og intelligent tilnæringsmåte til problemer. Dette med sikte på å medvirke til forandring hos pasienten og dens familien (Travelbee, 2001, s.41- 45).

Et menneske til menneske forhold vil komme til uttrykk etter at sykepleier og pasienten har gjennomgått fire faser;

1. Det innledende møte; det første møtet mellom sykepleier og pasient blir preget av å danne et førsteinntrykk.
2. Fremvekst av identiteter; når partene har opparbeidet en tilknytning.
3. Empatifasen; å sette seg inn i eller prøve å forstå den andres psykiske situasjon i øyeblikket.
4. Medfølelse og sympati; å forstå, føle, ønske å hjelpe og lindre plager (Travelbee, 2001, s.186-200).

Gjensidig kontakt og forståelse oppstår når sykepleier og pasienten har gjennomgått de fire sammenhengende fasene (Travelbee, 2001, s.211).

Travelbee (2001, s.117-119) omtaler håp som en mental tilstand karakterisert ved et ønske om å oppfylle eller oppnå et mål, kombinert med en viss grad av forventning til at ønsket er oppnåelig. Travelbee hevdet at håpet er en nødvendig følelse ved sykdom og lidelse og er en fornemmelse av det mulige. Den som håper kan tenke at pasienten når frem til sine objekter for sine ønsker og så vil livet endre seg på en eller annen måte og det vil bli mer meningsfylt, behagelig og gi større glede. Håpet står i sterk sammenheng med avhengighet av andre, håpet er fremtidsorientert, håpet står relatert til valg, ønsker og mot, håpet er relatert til tillit og utholdenhet. Det å mangle håp omtales som håpløshet og pasienten ser ikke alternative valgmuligheter og pasienten mister mestring og initiativ (Travelbee, 2001, s.122).

Travelbee (2001, s.225-226) omtaler mening som grunnen eller årsaken hver enkelt tilskriver individuelle erfaringer og opplevelser i livet. Mening gjør pasienten i stand til å ikke bare gi etter for sykdom, men også bruker den som en positiv livserfaring. Lidelse og sykdom har ikke noe mening i seg selv, men personen som opplever disse tilstandene kan tilskrive dem mening.

2.2 Hjemmesykepleie

Hjemmesykepleien ligger under den kommunale helse- og omsorgstjenesten som inkluderer all helsehjelp med pleie og omsorg som gis av helsepersonell i pasientens eget hjem. For å motta hjemmesykepleie blir det gitt et vedtak på bakgrunn av helse- og livsstilsituasjon, med en helhetlig vurdering av hvor mye helsehjelp som gis av hjemmesykepleien. Sentrale oppgaver er å hjelpe pasienten med grunnleggende behov, velvære, trivsel, funksjon og pasientens egenopplevelse av sin situasjon (Birkeland & Flovik, 2018, s.13, 26, 34). Ifølge de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere skal en ivareta pasientens helhetlige behov for hjelp og gi pasienten tilstrekkelig med informasjon slik at pasienten selv kan forta valg som fremheves i pasient og brukerrettighetsloven (1999 § 3). Samtidig skal hun understøtte håp, mestring og livsmot hos pasienten slik at hun kan bidra til at pasienten får en god og verdig avslutning på livet dette inkludere også en verdig død (NSF, 2019).

Når pasienten ønsker å dø i eget hjem er det forutsetninger for at pårørende er enig i avgjørelsen, da pasienten ikke kan være alene i et lengre tidsrom. En må da få ivaretatt den fysiske pleien inkludert smertelindring og ha tilgjengelig teknisk utstyr for å kunne utføre oppgavene på en forsvarlig måte. Det krever at sykepleier samarbeider og arbeider tverrfaglig for å kunne få dekket pasientens og dens pårørendes helhetlige behov (Birkeland & Flovik, 2018, s.192). Sykepleier i hjemmesykepleien får muligheten til å komme nærmere pasienten og dens pårørende på en helt annen måte enn på institusjon og det innebærer et stort ansvar for sykepleier, bevissthet på sin egen væremåte i pasientens private område når en trer inn i hjemmet til pasienten og dens pårørende er nødvendig (Norås, 2017, s.310-311). Sykepleier i hjemmet skal utøve hjelpen i henhold til faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp (Helsepersonelloven, 1999, § 4). Det dreier seg om at sykepleier skal utføre arbeidet etter faglige normer, verdier, retningslinjer og lovverk samt utføre all helsehjelp med respekt for den enkeltes selvbestemmelse, livsførsel og egenverd (Kvalitetsforskriften for pleie- og omsorgstjenestene, 2003, § 1).

2.3 Kreft

I kroppen vår har vi milliarder av celler. Cellene formeres i hovedsak med deling. Ved kreft oppstår det en skade på cellens arvestoff, slik at cellene deler seg ukontrollert og ikke utfører oppgavene som de friske cellene normalt ville ha gjort. Det oppstår en opphopning av kreftceller i et organ som kan danne en kreftsvulst med evne til å vokse inn i andre organer eller spre seg gjennom blod- og lymfesystemet. Det kan ta bortimot 20 år fra en feil ved celledeling oppstår første gang, til en svulst er stor nok til å bli oppdaget. Andre ganger kan utviklingen skje raskt (Bertelsen mfl. referert i Lorentzen & Grov, 2016, s.399). Det finnes over 200 ulike kreftsykdommer og kreft kan oppstå i hvert eneste organ. Dette medfører at kreften kan ødelegge hele kroppen og livsviktige organer som påvirker immunforsvaret, kroppens funksjon og ernæring. Kreft oppstår på grunnlag av arv, miljø og livstil. Den medisinske behandlingen og symptomene som forekommer avhenger av lokasjon og hvilken kreftform pasienten har (Felleskatalogen, 2016). Når kreften ikke kan fjernes eller er for fremtreden og behandlingen ikke lenger har kurative hensikter, vil pasienten komme over i palliativ fase (Lorentzen & Grov, 2016, s.423).

2.4 Palliativ fase

Det å være rammet av en uhelbredelig kreftsykdom er svært sårbart og påvirker hele mennesket og deres pårørende både fysisk, psykisk, sosialt og åndelig (Lorentsen & Grov, 2016, s. 398-423). Psykososiale belastninger som søvnvansker, bekymring, uro, nedstemthet, trøtthet følger derfor ofte kreftforløpet og kan føre til angst og depresjon. De psykiske symptomene fremtrer sterkere når sykdomsstatus endres, som diagnositidspunkt eller beskjed om at livsforlengende og kurative behandling må avsluttes. Fysiske belastninger som redusert funksjon og sterke fysiske symptomer som smerter påvirker de psykiske smertene og kommer ofte mot slutten av den palliative fasen. Livskvaliteten påvirkes særlig av psykiske forhold (Loge & Kaasa, 2016, s.473-475).

I palliativ fase er målet for den medisinske behandlingen og sykepleien symptomlindring, livsforlengende og best mulig livskvalitet for pasienten. Symptomlindring skal fjerne eller

bedre plagsomme symptomer, en skal alltid veie effekten opp mot bivirkninger da den medisinske behandlingen kan medføre ytterligere fysiske symptomer (Lorentsen & Grov, 2016, s. 398, 423). Det palliative pasientforløpet kjennetegnes ved et komplekst og et sammensatt symptomer og raske endringer i symptombildet, sviktende organfunksjoner, akutte tilstander og komplikasjoner kan forekomme, som raskt krever vurdering og behandling (Helsedirektoratet, 2019 s.61). Det palliative forløpet i hjemmet utløser et stort behov for tilrettelegging og planlegging. Pårørende og pasientens behov for hjelp må koordineres og organiseres slik at det tilrettelegges i forhold til helsehjelp, legetilsyn og at omsorgen blir overkommelig. Palliativ behandling er en tverrfaglig prosess, det vil si at behovet for andre instanser er aktuelt som sykehus, fastlege, prest, ergoterapeut, psykolog og avlastningstjeneste for pårørende i tillegg til personell fra hjemmesykepleien (Birkeland & Flovik, 2018, s.188).

3.0 Metode

”En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap, Et hvilket som helst middel som tjener formålet, hører med i arsenalet av metoder” (Vilhelm, referert i Dalland, 2017, s.50).

3.1 Litteraturstudie

I oppgaven benyttes litteraturstudie som metode, en prosess i flere trinn som dreier seg om å formulere en tydelig og god problemstilling, klargjøre og gjennomføre litteratursøk, kritisk kvalitetsikre artikkelene, tolke og analysere resultatene fra artikkelene og tilslutt gå gjennom det hele for å kunne besvare oppgavens problemstilling (Thidemann, 2015, s.79-80). Kvalitativ tilnærming fanger opp opplevelse og mening som ikke kan tallfestes, mens kvantitativ tilnærming dreier seg om tall i form av målbare enheter. Begge tilnærmingene blir benyttet i oppgaven for å få bedre forståelse i samfunnet, av enkeltemennesker, grupper og institusjoner og dermed kan få en mer helhetlig tilnærming i bacheloroppgaven (Dalland, 2017, s.52).

3.2 Fremgangsmåte

3.2.1 Manuelt søk

En fremgangsmåte for å tilegne seg litteratur kan gjøres med manuelt søk (Thidemann, 2015, s.83). For å skaffe meg litteratur for bacheloroppgaven har jeg tatt kontakt med sykepleiere med relevant bakgrunnskunnskap som har gitt meg tips til relevant faglitteratur, samtidig har jeg benyttet andre bacheloroppgaver og annen litteratur å sett på referanselister for å kunne gå direkte til primærkilder som er anbefalt av Dalland (2017, s.162). På bakgrunn av oppgavens tidsomfang og litteraturens tilgjengelighet har jeg måttet tatt i bruk enkelte sekundærkilder.

3.2.2 Søk i databaser

For å finne frem til forskningsartiklene har jeg fått resultat i databasene Cinhal og SweMed + som er sentrale innenfor helsefag. For å kunne få et effektivt arbeid er en god søkestrategi essensielt for et effektivt søkearbeid (Thidemann, 2015, s.87). Jeg har benyttet Swemed + til å finne ulike søkeord, såkalte Mesh (medical subject headings). Benyttet meg først og fremst av norske søkeord, men fant fort at det er nødvendig å søke på engelsk for å få et større spekter av artikler for å kunne finne svar på problemstillingen. Pico-skjemeat er benyttet for å klargjøre problemstillingen for å få et bedre rammeverk slik at den blir mer presis og søkbart (Thidemann, 2015, s.86).

Gjennom søket har jeg benyttet meg av søkeordene "Cancer", "Palliative care", "Palliativ home", "Palliativ nursing" "Home care", "Home based Care", "Home health care" "Communication", "Nurse patient realation", "Nurse patient relationship" "Quality of life" og "Hope", "Symptoms", "Relife". Har måttet avgrenses søket med "AND" eller "OR", for å minimere søkeordene, da søket gav mange treff på artikler.

Tidemann (2015, s.84) sier at det kan være nødvendig å ta i bruk inklusjon- og eksklusjonskriterier for å tydeliggjøre litteratursøket enda litt mer. Har avgrenset i mindre grad

på bakgrunn av at jeg ønsker å se hvilke artikler som ligger ute, men at inklusjonskriteriene var at artiklene skulle omhandle voksne kreftpasienter i palliativ fase og eller hjemmeboende. Eksklusjonskriteriene for artiklene var at det ikke skulle omhandle barn eller ungdom eller at publikasjonen ikke skulle være eldre enn 10 år.

Søkestrategien har gitt meg treff på mange aktuelle artikler, 4 kvalitative og 1 kvantitativ. Har i hovedsak valgt et kvalitativt fokus da jeg ønsker å se kreftpasienters opplevelse av ulike tema som hjemmesykepleie, kommunikasjon og håp samtidig har jeg fått treff på en kvantitativ artikkel for å se på hvordan sykepleier bedre kan lindre symptomer og plager ved bruk av systematiske kartleggingsverktøy.

3.2 3 Søketablell

Tabell 1 – Cinahl

Søk i Cinahl 28.02.2020			
Søke nummer	Søkeord	Avgrensning	Resultat
S1	Cancer		440 085
S2	Palliative care		46 987
S3	Home care OR Home-based care		57 764
S4	Quality of life		194 179
S5	S1 AND S2 AND S3 AND S4		214

Søk 5 gav treff i Cinahl på artikkel nummer 35 «*Psychological distress and quality of life of palliative cancer patients and their caring relatives during home care*» av Gotze, Brahler, Gansera, Polze og Kohler (2014). Artikkelen ble sett på som relevant for min oppgave da det ble undersøkt nivået av psykisk stress og livskvalitet hos palliative kreftpasienter og deres pårørende.

Tabell 2 – Cinahl

Søk i Cinahl 28.02.20			
Søke nummer	Søkeord	Avgrensning	Resultat
S1	(Nurse patient relationships or nurse-patient relation) AND cancer AND (home care or home health care or home healthcare)		31

Søk 1 gav treff i Cinahl på artikkel nummer 18 i rekke «*Supporting older people with cancer and life-limiting conditions dying at home: a qualitative study of patient and family caregivers experiences of hospice at home care*» av Jack, Mitchell, Cope, O'Brien (2016).

Artikkelen er relevant for min oppgave da den tar for seg pasienters og pårørendes oppfatning av hjemmetjeneste.

Tabell 3 – Cinahl

Søk i Cinahl 06.03.2020			
Søke nummer	Søkeord	Avgrensning	Resultat
S1	Cancer		439 906
S2	Palliative home		1 773
S3	Hope		25 281
S4	S1 AND S2 AND S3		21

Søk 4 gav treff i Cinahl på artikkelen nummer 2 i rekke «*Maintaining hope when close to death: insight from cancer patients in palliative home care*» av Olsson, Östlund, Strang, Grassman og Friedrichsen (2010). Relevant for min oppgave da den tar for seg opplevelsen av håp hos kreftpasienter i palliativ fase i Sverige som mottok hjemmesykepleie.

Tabell 4 – Cinahl

Søk i Cinahl 06.03.2020			
Søke nummer	Søkeord	Avgrensning	Resultat
S1	Cancer patients		137 282
S2	Palliative nursing		31 612
S3	Communication		198 739
S4	S1 AND S2 AND S3	Published:2009-2020	450

Søk 4 i Cinahl gav treff på artikkelen 8 i rekken ”*Patient perceptions of helpful communication in the context of advanced cancer*” av Stajduhar, Thorne, McGuinness & Kim-Sing (2010). Ble sett på som relevant for min oppgave da den tar for seg kreftpasienters perspektiv på betydningen av kommunikasjon.

Tabell 5 – SweMed +

Søk i SweMed + 28.02.20			
Søke nummer	Søkeord	Avgrensning	Resultat
Søk 1	Cancer		9026
Søk 2	Symptoms		1246
Søk 3	Relief		350
Søk 4	1 AND 2 AND 3		7

Søk 1 i SweMed gav treff på nummer 1 i rekke ”*Palliative pasienter får bedre lindring med tidlig symtomtvurdering og tiltak*” av Vigstad, Clancy, Broderstad, (2018). Artikkelen ble sett som relevant da den tar opp et tema for hvordan sykepleier bedre kan lindre symptomer og plager ved bruk av systematisk kartleggingsverktøy ESAS hos palliative kreftpasienter.

3.3 Metodekritikk

3.3.1 Vurdering av egen oppgave

Gjennom utformingen av bacheloroppgaven har jeg måtte tilegne meg kunnskap innenfor fagområdet ved å finne aktuell litteratur og forskning, lovverk og retningslinjer. Dette er en utfordrende del av litteraturstudiet for å forberede arbeidet med å besvare oppgavens problemstillingen. I oppgaven har jeg tatt i betraktning at litteraturen ikke skal være eldre en 10 år. Selv om det har blitt benyttet litteratur som er eldre har jeg tatt utgangspunkt i relevans. Har også undersøkt at forfatterene har relevant kunnskap og erfaring innenfor område. Dette på grunnlag av at litteraturen som belyses i bacheloroppgaven skal være av god kvalitet, troverdig og kan benyttes videre i dagens praksis. Artikkene som er valgt i oppgaven har jeg måtte sjekke at forfatterene overholder sine etiske og juridiske ansvar, før jeg har kunnet vurdere og ta disse i bruk i egen oppgave. En svakhet for oppgaven er at jeg har valgt 4 engelske artikler og ettersom engelsk ikke er mitt hovedmål kan jeg i den sammenheng ha mistolket noe av innholdet i disse.

3.3.2 Kildekritikk

Kildekritikk dreier seg om å ta i bruk artikkene og annen relevant litteratur på en informativ og reflekterende måte. Når man undersøker kilden er det ikke for å kritisere kilden, men å se om den følger juridiske og etiske krav og om den kan tas i bruk i egen litteraturstudie (Christoffersen, Johannessen, Tufte, og Utne, 2015, s.60).

Sjekkliste fra helsebiblioteket (2016) er benyttet som et hjelpemiddel for å sjekke om forskningsartikkene er av kvalitet, relevante og troverdige for å kunne tas med i egen litteraturstudie. Ved å benytte sjekkliste har jeg sjekket artikkelens metode, hva resultatet forteller og om den kan tas med videre i praksis (Helsebiblioteket, 2016). De 5 forskningsartikkene som er blitt valgt for oppgaven er sjekket at er etisk godkjent, eller personvernet er håndtert på en forsvarlig måte der deltagerne er anonymisert og har samtykket.

Artikkene som er valgt er fra anerkjente tidsskrift (se vedlegg 5), oversiktstabell av artikkene. Dette for å kunne holde meg innenfor sykepleiers fagområder. De valgte forskningsartikkene er også bygd opp av IMRAD-strukturen, som Dalland (2017, s.163) sier er IMRAD-strukturen er

et kjennetegn og oppbygging av forskningsartikler med introduksjon, metode, resultat og diskusjon som gjør det lettere å orientere seg i forskningsopplegget.

Har også benyttet helsedirektoratet sitt ”*Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen*”. Ved at sykepleier følger oppdaterte anbefalinger vil det bidra til at sykepleier følger faglig forsvarlighet i lovverket. Dette på bakgrunn av dette er anbefalinger som er utarbeidet på en kunnskapsbasert metode med forskningsbasert kunnskap, klar og tilgjengelig dokumentasjon, tverrfaglighet, brukermedvirkning, fokus på praksis, å iverksetting og oppdatering (Helsedirektoratet, 2019, s.125).

Litteraturen som er brukt er tenkt at skulle ha en maxsgrense på 10 år. Dette på grunnlag av at Dalland (2017, s.162) sier at fagområde er kontinuerlig utvikling og kan bli utdatert, men litteraturen som er eldre, kan likevel vær av betydning. Bøkene av Kirkevold (2001) og Travelbee (2001) er litteraturen som er benyttet som er eldre en 10 år. Dette på bakgrunn av å kunne belyse Joyce Travelbee sykepleieteoretisk tilnærming som er tenkt som like relevant idag som den gang. Kritisk vurdering og kommentarer i oversiktstabell over artiklene (se vedlegg 5).

3.3.3 Forskningsetikk

Dalland (2017, s. 236) sier at forskningsetikken handler om korrekt og god livsførsel, stilt ovenfor vanskelig utfordringer skal forskning gi sykepleiere veiledning og grunnlag for videre vurdering før vi handler. Forskningsetikk innenfor medisinsk og helsefaglig forskning ligger i helseforskningsloven (2008) som har til formål ”*å fremme god og etisk forsvarlig medisinsk og helsefaglig forskning*”. Det fremgår i lovens § 5 at forskningen ikke skal gå på bekostning av de enkelte deltagerenes integritet, velferd og skal ikke påføre deltageren unødvendige belastninger og skader. Dette blir også regulert i den internasjonale Helsinki-deklarasjonen for etiske prinsipper for forskning (Kaasa, 2016, s.54-55). I palliasjon der pasientene er svake og har redusert kognitiv funksjon kan forskeren møte på store utfordringer og derfor kan det oppstå mangelfulle opplysninger i studiene, som kan gå på bekostning av den kliniske praksisen (Kaasa, 2016, 57-58). Gjennom oppgave har jeg referert etter APA-standarden for unngå plagiater, som Dalland (2017, s.164) sier skal man ikke gjøre andres verk om til sitt eget og man skal referere på en slik måte at det skal være enkelt å finne frem til kildene igjen, men

også for å kunne følge den aktuelle skolens retningslinjer og forskrift om studium og eksamen ved høyskolen vestlandet (2019, § 12-1).

4.0 Resultat

4.1 Sammendrag av valgte artikler

4.1.1 Artikkel 1

«Psychological distress and quality of Life of palliative cancer patients and their caring relatives during home care» av Gotze, Brahler, Gansera, Polze og Kohler (2014).

En tysk kvalitativ studie som tar utgangspunkt i spørreundersøkelse for å undersøke nivået av psykisk stress og livskvalitet til 106 palliative kreftpasienter og deres familie. Den ser også på hvordan sosialdemografiske og omsorgsrelaterte faktorer virker inn på psykisk stress. Funn fra studien viser at pasienten og dens pårørende hadde kliniske relevante symptomer på angst og depresjon. Pasientene var betydelig mer deprimerte enn pårørende, mens på den andre siden led pårørende mer av angst enn pasientene. Pasientene rapporterte lav livskvalitet både på et emosjonelt og psykisk nivå samt høy forekomst av utmattelse, dårlig appetitt, smerter og kortpustet. Pårørende rapporterte lavere livskvalitet på alle områder utenom vitalitet sett opp imot den generelle populasjonen. Misforholdet var merkbart større på området psykisk helse. Depressive symptomer følger ikke nødvendigvis hånd i hånd med kreftdiagnosen og bør i flere tilfeller følges opp og henvises til passende behandling.

4.1.2 Artikkel 2

«Supporting older people with cancer and life-limiting conditions dying at home: a qualitative study of patient and family caregivers experiences of hospice at home care» av Jack, Mitchell, Cope, O'Brien (2016).

En engelsk kvalitativ studie som utforsker erfaringer og oppfatning av hjemmetjeneste. Pasientene i studien mottok hjemmetjeneste ved minst tre anledninger og hadde forventet

levetid på uker. Intervju ble utført og tatt opp digitalt av 41 deltakere totalt, 25 pårørende og 16 pasienter med kreft i palliativ fase. Resultat viser funn av flere undertema som var å snakke om, kunne og utføre, omsorg for omsorgsgiverne, å fremme muligheten til å ta egne valg som kan bidra til positiv innvirkning på emosjonell, psykisk, fysisk og sosialt velvære. En enighet blant deltageren var at sykepleierne var flinke til å snakke om døden og det å dø og at dette hjalp til å skape gode relasjoner mellom sykepleier og pasient. Relasjonen gav både pasienten og pårørende en følelse av at deres ønsker og behov forble sentrale gjennom forløpet. Den sosiale og psykologiske gevinsten av en god relasjon med sykepleier ble også fremhevet.

4.1.3 Artikkel 3

«Maintaining hope when close to death: insight from cancer patients in palliative home care» av Olsson, Östlund, Strang, Grassman, og Friedrichsen (2010).

En svensk kvalitativ studie som tar for seg sosiale og psykologiske faktorer hos 11 kreftpasienter som mottok palliativ hjemmesykepleie, brukte for å holde håpet sitt oppe. Intervju og dagbøker ble benyttet. To strategier som ble fremhevet for å bevare håpet er å kunne bevare livsinnhold og forberede seg på døden. Kreftpasientene opprettholdt håpet med å finne mening i her og nå situasjonen, å opprettholde normalitet i hverdagen samt kommunikasjon med andre om praktiske gjøremål, emosjoner og vanskelige spørsmål er noe som gav mening. Betydningen av å kunne sette ord på nye opplevelser og følelser gav et nytt perspektiv på livet. Samtaler rundt døden måtte skje på pasientens egne premisser, med mennesker en har relasjon til og som er empatiske ovenfor situasjonen. Et dårlig tidspunkt for samtalen gav en følelse av å miste håp, tro og tillit. Det å kunne forberede seg på døden var å kunne involvere andre på sin reise, personer som var trygge, støttende og som en kunne samtale med uavhengig av sykdomsprogresjon. Enkelte kreftpasienter valgte å bytte deres fokus når situasjonen ble for vanskelig og de fikk en følelse av å miste håpet.

4.1.4 Artikkel 4

«Patient perceptions of helpful communication in the context of advanced cancer» av Stajduhar, Thorne, McGuinness og Kim-Sing (2010).

En britisk studie som tar utgangspunkt i pasienter med langtkommen kreft i palliativ fase og hva de ser på som gode opplevelser med kommunikasjon med helsepersonell. Artikkelen er en sekundæranalyse av data fra en større kvalitativ studie. Data er fra 18 individuelle og 16 fokusgruppedeltakere. Resultatet viser fire nøkkelementer som er fremtredende i samhandling med kreftpasienter som var; å respektere viktigheten av tid, å vise omsorg, anerkjenne frykt og balansen mellom håp og ærlighet når en gir informasjon. Tid, og spesielt tidsmangel, viser at pasienten var mer opptatt av hvordan sykepleier bruker tiden med dem enn hvor lang tid de brukte samt nødvendigheten av å ikke vise at hun har det travelt. Omsorgsfull utøvelse viser at å lytte, øyekontakt, empati og fysisk- og psykiske støtte gir verdighet. Sykepleier må være komfortabel med alle aspektene rundt en livstruende sykdom og kunne være tilgjengelig for å snakke med pasienten om frykt og bekymringene rundt.

4.1.5 Artikkel 5

«Palliative pasienter får bedre symptomlindring med tidlig symptomvurdering og tiltak» av Vigstad, Clancy & Broderstad (2018).

Den norske studien tar i bruk kvantitativ metode med bruk av anonymisert data fra en kvalitetsdatabase ved en palliativ enhet. Hensikten var å kartlegge hvordan 247 kreftpasienter registrerte sine symptomer ved ankomst og utreise ved en palliativ enhet. Funnen viser at god palliativ behandling dreier seg om kunnskap og oppmerksomhet på pasientens symptomer og de mest belastende symptomene var redusert slapphet, nedsatt matlyst og munntørighet samtidig at kvinner uttrykker en høyere symptombelastning enn menn, med unntak av tungpustet. Systematisk kartlegging med ESAS bidrar til å oppdage symptomer som en normalt kunne ha oversett samt at raskt symptomlindrende tiltak medfører redusert symptombelastning for kreftpasienter i palliativ fase.

4.2 Sammenfatning av artikkelfunn

Forutsetninger for å ivareta hjemmeboende kreftpasienter i palliativ fase viser at kommunikasjon og relasjon er av stor betydning og noe man bør reflektere over. Til tross for lite tid, kan sykepleier bruke tiden så godt som mulig og forsøke å være til stede for pasienten der og da. Sykepleier kan heller ikke fremtvinge samtaler om døden uten at pasienten selv er klar og ønsker dette, men dersom pasienten er klar kan dette gi trygghet når pasienten får kommunisere om alt rundt det en livstruende sykdom innebærer. Det å skape en gjensidig trygg relasjon gir pasientene en opplevelse av å bli hørt gjennom forløpet. Det å vite at noen alltid er der for pasientene og deres pårørende vil også bidra til håp i en tilsynelatende håpløs situasjon. Sykepleier kan ikke kun ha pasienten i fokus, men sykepleier må også konsentrere seg om pårørende, da kreftpasienter kan føle seg som en belastning for sine pårørende dersom de ikke blir ivaretatt. Det å føle seg til bry kan gi en følelse av håpløshet i situasjonen. Det blir gjenspeilet et felles ønske om å tilstrebe normalitet i hverdagen så godt som mulig i situasjonen. Sykepleier kan heller ikke anta at depressive symptomer bare tilhører kreftdiagnosen, men kan ha underliggende eller andre grunner som kan behandles og bedres uavhengig av kreftdiagnosen. Kartlegging av plagsomme symptomer er sentrale sykepleie oppgaver med god kunnskap, ferdigheter og holdninger samt systematisk kartlegging med ESAS-skjema. Enten av sykepleier eller av pasienten selv med veiledning den første gangen. Samtidig vil pasientens egenopplevelse kunne bidra til en bedret tilnærming til pasientens symptomer og at en oppdager symptomer som en normalt kunne ha oversett, noe som kan bidra til tidlig iverksetting av symptomlindring.

5.0 Drøfting

For å kunne besvare oppgavens problemstilling ”Hvordan kan sykepleier ivareta hjemmeboende kreftpasienter i palliativ fase». Tar jeg utgangspunkt i innhold fra forskning og faglitteratur opp mot de selvvalgte fokusområdene.

1. Å skape en omsorgsfull relasjon
2. Å hjelpe pasienten med plagsomme symptomer
3. Å hjelpe til med å finne håp og mening i tilværelsen

5.1 Å skape en omsorgsfull relasjon

Omsorgsfulle relasjoner er betydningsfullt for kreftpasienten og dens pårørende som er i en sårbar og stressende situasjon (Lorentsen & Grov, 2016, s.398). Stajduhar et al (2010) viser i sin studie at det første møtet mellom sykepleier og pasienten er særlig viktig for å danne en god relasjon og for å kunne fremme tillit og trygghet. Eide og Eide (2017, s.26) viser at tillit som kommer med yrkesrollen handler om at pasienten som trenger hjelp, enklere vil kunne vise sin sårbarhet. Stajduhar et al (2010) viser i sin studie at sykepleier gjennom sin væremåte er engasjert, gir blikkontakt, er lyttende, setter seg ned istedenfor å stå og ikke har et likegyldig eller et avvisende kroppsspråk er elementer som skaper et godt førsteinntrykk og er grunnlag for videre pasientforløp, noe som understøttes av Berge, Fjerstad, Hyldmo og Lang (2019, s.55-56). Eide og Eide (2017, s.17) sier at sykepleier ikke bare må lytte til det pasienten sier, men også lytte til det som uttrykkes indirekte gjennom ansiktsuttrykk eller stemmebruk. Videre hevdes det at når pasienten uttrykker et hint til noe viktig og vesentlig er det nødvendig at sykepleier griper den gyldne mulighet til å ta dette opp på en varsom måte med pasienten.

Travelbee (2001, s.140-141) viser for at sykepleier skal kunne lære pasienten å kjenne, kan hun ikke kun vite alder, religion, og kun lese seg opp i journalen eller vite om hvilket tiltak som må iverksettes. Om den syke blir smertelindret så vil sykepleier fortsatt ikke ha lært å kjenne pasienten. Dersom ikke sykepleier har innsikt nok i hvordan pasienten er vant til å håndtere påkjenninger, blir det vanskelig å gi meningsfull hjelp og sykepleier kan stå i fare for å ikke oppfylle sykepleiers mål og hensikt som er å ivareta behovet for sykepleie (Travelbee, 2001, s.140-141).

Norås (2017, s.310) påpeker at når sykepleier kommer inn i hjemmet for første gang er det nødvendig å avklare forventningene tidlig i forløpet, eksempelvis at sykepleier avklarer antall besøk, tidspunkt og om hun skal ringe på døren eller gå rett inn. Jeg tenker at dette kan medføre til tillit og trygghet på bakgrunn av at sykepleier undersøker med pasienten og pårørende hvordan de ønsker det i sitt private hjem. Tønnesen & Nordtvedt (2012) sier at sykepleiers væremåte kan bidra til at pasienten opplever respekt, trygghet, verdighet og forutsigbarhet. På en annen side vil disse verdiene hos sykepleier bidra til at hun følger kvalitetsforskriften for pleie- og omsorgstjenestene (2003) og utøver grunnleggende omsorgstjenester i tråd med faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som blir fremhevet i

Helsepersonelloven (1999, § 4). Travelbee (2001, s.186-200) sier at når sykepleier tilnærmer seg på en medmenneskelig måte med evnen til empati, medfølelse og sympati kan det være av stor betydning for forholdet mellom pasienten og sykepleier. Eide og Eide (2017, s.24) sier at sykepleier og pasienten er grunnleggende forskjellig, da i form av egen forståelse og forståelse av andre. På en annen side sier Eide og Eide at sykepleiere ikke kan være helt sikker på hvordan kommunikasjonstilnærmingen virker inn på pasienten og dens pårørende.

Stadjuhar et al (2010) belyser at når sykepleier har forståelse, bryr seg og er ærlig i samtaler når de formidler informasjon der pasienten får bidra i samtalen er dette faktorer som åpner dialogen ytterligere. Jack et al (2016) viser i studien at kreftpasientene i hjemmesykepleien satte stor pris på at sykepleier alltid er tilgjengelig for å kunne snakke åpent om kreftsykdommen og innvirkning på livet. Noe som bidrog til tillitsfulle relasjoner og gav grunnlag for åpenhet i kommunikasjonen. Travelbee (2001, s.140-142) viser dette fra en annen side at sykepleier samler informasjon direkte fra pasienten som gjennomgår den aktuelle sykdomserfaringen, for å kunne forstå hvordan dette oppleves hos pasienten. Ifølge Eide og Eide (2017, s.16) kan dette ses i sammenheng med at sykepleier prøver å forstå hva som er viktig for kreftpasienten i den aktuelle situasjonen noe som kan bidra til profesjonell kommunikasjon. Jack et al (2016) viser til sykepleiers helhetlige tilnærming med å forstå situasjonen gjør at pasientens behov og ønsker forblir sentrale. Gjennom egen erfaring opplever jeg at balansen mellom det sykepleier tenker er ikke nødvendigvis det pasienten har behov for, fordi vi alle føler og tenker ulikt. Det å bli spurt istedenfor for at det blir tolket ut fra sykepleiers perspektiv kan tenkes er av stor betydning. Dette kan ses i sammenheng med det Travelbee (2001, s.140-141) sier at for å kjenne pasienten må en sette pasienten i fokus og være mottakelig for sine sanser. Det handler om å se det unike med hver enkelt pasient og ikke anta at alle kreftpasienter er like. For det andre at sykepleier skiller sine egne behov og ønsker fra behovene hos pasienten. Dette kan bidra til at sykepleier ikke tar utgangspunkt i at alle pasienter vil bli behandlet slik sykepleier hadde ønsket dersom hun var syk (Travelbee, 2001, s.140-141). Eide og Eide (2017, s.27) sier at dette kan føre til tillit og trygghet, som samtidig kan være faktorer for at pasienten er trygg på at den hjelpen som gis, blir gitt på grunnlag av at sykepleier vil dem vel og har kompetansen som skal til for å utøve hjelpen. Ifølge Reitan (2017, s.106) er tillit i relasjonen noe som kan føre med seg faktorer av makt og avhengighet. Sykepleier kan ha makt over hvor mye av informasjonen som formidles og kan begrense denne, samtidig er pasienten avhengig av å få hjelp og har rett til å få informasjon.

Tønnesen & Nordtvedt (2012) påpeker at pasientens selvstendighet krenkes når ikke sykepleier tar i betraktning pasientens individuelle hensyn og behov.

Gjennom erfaring opplever jeg det som verdifullt å få tillit av pasientene, men jeg opplever også faktorer som raskt kan føre til mistillit med tanke på tidspress i hjemmesykepleien. Stadjuhar et al (2010) viser til at ifølge kreftpasientene så var det ikke tiden som var av betydning, men heller hvordan sykepleier benyttet tiden, og hvordan hun fremsto. Sykepleiere som fremsto hastige og hadde lite tid kunne gi pasienten en følelse av å være av lite betydning på grunnlag av den uheldelig kreftsykdommen. En annen faktor er at når tjenestene som utøves skal være faglig forsvarlig er det behov for at de mellommenneskelige verdiene ivaretas og først da er hjelpen omsorgsfull (Tønnesen & Nordtvedt, 2012). Reitan (2017, s.110) påpeker at sykepleier kan være ærlig på hvor mye tid en har til rådighet, istedenfor å avbryte med å vise dette med kroppspråk.

Travelbee (2001, s.44) sier at vist sykepleier skal bruke seg selv i terapeutisk samhandling med pasienten vil det ikke lykkes dersom sykepleier ikke har selvinnsett i hvordan egen adferd fungerer på andre mennesker. Ifølge Lorentsen og Grov (2016, s.398) skal sykepleier gjennom sitt studie ha opparbeidet seg erfaringer, tilegnet seg kunnskap, holdninger og ferdigheter for å kunne møte alvorlige syke kreftpasienter. Videre hevdes det at en sykepleier aldri helt kan forutse hva som fremkommer i samtaler i møte med denne gruppen pasienter. Gjennom egenerfaring har jeg selv opplevd å reagere annerledes enn hva jeg hadde forutsett. Dette fordi jeg ikke var godt nok psykisk og mentalt forberedt og har da vært i fare for å uttrykke med mitt kroppspråk min egen frykt ovenfor pasienten og dens pårørende. Lorentsen og Grov (2016, s.398) påpeker nødvendigheten av at sykepleier snakker om sine opplevelser og erfaringer slik at en kan utøve god sykepleie og forbedre den omsorgsfulle hjelpen som gis. Dette kan gjøres ved å snakke med andre kollegaer om vanskelige og utfordrende situasjoner eller tanker som fremkommer i møte med denne gruppen pasienter (Lorentsen og Grov, 2016, s.398). Gjennom refleksjon over egen praksisutførelse med andre har jeg fått bedre innsikt i andres tanker og måter å håndtere situasjoner på. Det ser jeg som viktig i arbeidet med mennesker, dette på grunnlag av at det kan øke faglig forståelse, bevissthet og holdninger som igjen kan styrke og bedre møte med hjemmboende kreftpasienter i palliativ fase.

5.2 Å hjelpe pasienten med plagsomme symptomer

Lindring av plagsomme symptomer er nødvendig for at pasienten skal kunne frigjør energi til å kunne leve den siste tiden som er igjen og bidra til økt livskvalitet som står sentral i den palliative omsorgen i hjemmet (Sæteren, 2017, s.230). Gotze et al (2014) viser til at kreftpasienter med fysisk smerte har dobbel så stor sjangs for å utvikle psykiske symptomer deriblant depresjon og angst. Helsedirektoratet (2019, s.62) viser til at 70 % av kreftpasienter med langtkommet sykdom har smerter. Ubehandlede smerter gir derimot mange sekundærproblemer som kvalme, depresjon, angst, søvnproblemer og ufrivillig vektap, dersom det ikke blir gitt en adekvat smertebehandling vil mange av problemene vedvare. (Lindring i Nord, 2012; Vigstad et al, 2018). Ifølge Eide og Eide (2017, s.16) viser til at sykepleier kan tilnærme seg personsentrert for å kunne undersøke opplevelsen av symptomer og plager, da dette alltid er subjektivt. Dette vil også bidra til at pasienten får muligheter for å delta aktivt i sin egen pasientsituasjon som fremheves i pasient og brukerretighetsloven (1999, § 3).

Sykepleiere kan ha vanskelig for å forutse symptomer og plager dersom det ikke blir benyttet kartleggingsverktøy (Vigstad et al, 2018). Nasjonale retningslinjer for palliasjon anbefaler at sykepleier benytter seg av numeric rating scale (NRS), der sykepleier kan be pasienten si sin smerteintensitet fra 0-10, der 0 er ingen smerte og der 10 er verst tenkelig smerte (Helsedirektoratet, 2019, s.14). Knudsen og Kaasa (2016, s.398) påpeker at NRS er pålitelig, men gir ikke endedimensjonel beskrivelse av pasientens smerter, som omtalt tidligere har mange kreftpasienter flere symptomer samtidig. Elementer som inngår i en slik kartlegging for å få en total situasjon er pasientens smerteintensitet, smertetype, smertelokasjon, smertekarakter og vurdering av smertens tidsforløp (Kongsgaard, 2017, s.184). Ifølge Danielsen, Berntzen & Almås (2016, s.391) kan sykepleier ta i bruk et kroppskart med en tegning av kroppen sett forfra og bakfra slik at pasienten eller sykepleier kan markere på tegningen hvor smertene er. Dette kan gi sykepleier opplysning for å kunne oppdage smertelokasjon og karakter, eksempelvis ved å spørre om smerten er stikkende eller sviende og se hvilket vevsområde eller organ som er rammet (Kongsgaard, 2017, s.184). Helsedirektoratet (2019, s.14-15) påpeker at en god sykepleier gjør en grundig anamnese og adekvat klinisk undersøkelse, dette inkluderer også regelmessig kartlegging av symptomer og plager. Vigstad

et al (2018) viser i sin studie at ved bruk av ESAS-skjema vil en kunne kartlegge flere symptomer samtidig som smerte i ro og bevegelse, slapphet, kvalme, tungpustet, munntørrehet, matlyst, uro eller angst og depresjon eller tristhet og skåres med NRS fra 0 til 10 fra ingen til verste tenkelig plage.

Knudsen og Kaasa (2016, s.398) sier at det er nødvendig å kartlegge obstipasjon, oppkast og søvn i tillegg og at en da kan ta i bruk Edmonton symptom assessment schedule – revised, ESAS-r skjema (se vedlegg 1). Ifølge Lorentsen og Grov (2016, s.410) skal skåren overføres til et ESAS-r forløpsskjema (Se vedlegg 2), der sykepleier kan få en helhetlig fremstilling av pasientens endring i tilstand over tid. Knudsen og Kaasa (2016, s.398-399) viser til at dersom kreftpasienten ikke selv klarer å rapportere smertene, for eksempel ved redusert kognitiv funksjon. Det kan da være nødvendig at sykepleier forsøker å ta i bruk NRS og VAS (visuell analogue scale) der pasienten angir et kryss på en linje eller VRS (verbal rating scale), der kreftpasienten velger et ord som best beskriver smerteintensiteten eksempelvis ingen smerter, mild smerte, moderat smerte og verst tenkelig smerte (Knudsen & Kaasa, 2016, s.398-399). Vigstad et al (2018) viser til ESAS-skjemaet kan gjennomføres daglig enten av sykepleier eller pasienten selv, da med veiledning første gang. Gjennom egenerfaring opplever jeg at kartleggingsverktøy er et godt utgangspunkt på grunnlag av at det hjelper med å starte samtalen og er både veiledende for pasienten og sykepleier samt et utgangspunkt for å kunne evaluere effekt av behandlingen. Vigstad et al (2018) påpeker at det er behov for å prioritere behandling med en ESAS-skår over 3.

I den medikamentelle behandlingen er det anbefalt å benytte seg av WHO sin smertetrapp (se vedlegg 3) for å lindre fysisk smerte (Lindring i Nord, 2012). Kaasa (2016, s. 406-407) sier at en må starte behandlingen tidlig nok og ta i bruk enkle administrasjonsmåter som for de fleste er perorale legemidler dersom situasjonen tilsier det. I behandlingen er det nødvendig at sykepleier sammen med pasienten er observant på effekten av medikamentene og at det oppstår minst mulig bivirkninger. Kongsgaard (2017, s.186-193) viser til at nødvendigheten av at sykepleier administrerer de ordinerte legemidlene i trinn 1 i smertetrappen som opoide analgetika som paracetamol og NSAID preparater ved milde til moderate smerter. Der kreftpasienten har svake til moderate smerte og paracetamol og NSAID preparater ikke er tilfredstillende, kan det være nødvendig å gå over til trinn 2, svake opioider og kombinasjonspreparater som vil kunne gi kreftpasienten god smertelindring uten betydelige bivirkninger. Ved moderate til sterke smerter er den viktigste legemiddelgruppen opoider i trinn 3, samtidig må sykepleier være klar over de problemene og begrensningene som kan

følge ved langtidsbruk av opioider. Ved sterke og vedvarende smerter i trinn 4 er det nødvendig å starte med avansert smertebehandling som dreier seg om spinal (Intratekal og epidural) administrasjon bør vurderes til pasienter som ikke er tilfredstillende smertelindret. Det fjerde trinnet blir ikke fremhevet i WHO sin smertetrapp (Kongsgaard, 2017, s. 186-193). Kaasa (2016, s.406) viser til flere studier at det er forsvarlig å gå fra trinn 1 til trinn 3 i smertetrappen. Det dreier seg om at pasienten kan beholde et perifertvirkende, som paracet til morfin eller opioid lignende preparat uten å gå via trinn 2 dette på bakgrunn av at kreftpasienter vil få sterke smerter før eller senere. Når kreftpasienten starter på opioider er det nødvendig at sykepleier gir nødvendig informasjon, eksempelvis at pasienten ikke blir avhengig eller beruset av opioider og det er ikke farlig for kroppen samtidig som den ikke reduserer immunforsvaret. Derimot kan kreftpasienten bli forvirret, få munntørhet, bli trøtt, kvalm og obstipert noe som kan forebygges (Kongsgaard, 2017, s.188).

Helsedirektoratet (2019, s.14) påpeker at adekvat tverrfaglig vurdering på tvers med andre profesjoner er helt avgjørende for symptomlindring hos kreftpasienten i hjemmet. Gotze et al (2014) viser til en annen faktor som er at depresjon ikke må ses på automatisk tilhørende kreftsykdom i den palliative fasen, men viser til nødvendigheten av tverrfaglig samarbeid for å kunne få et helhetlig bilde av pasientens behov. Aarre (2014, s.148) viser til at sykepleier kan gi pasienten noen enkle råd i forhold til depresjon deriblant å holde på med aktiviteter så langt kreftsykdommen tillater det samt samvær med andre da passivitet og isolasjon forsterke depressive symptomer. Ved at sykepleier hjelper med å lindre plagsomme symptomer som smerter, kvalme, obstipasjon, munntørhet og depresjon vil sykepleier bidra til at pasienten opprettholder sin funksjon og normalitet i sitt liv (Sæteren, 2017, s.230).

5.3 Å hjelpe pasienten med å finne håp og mening i tilværelsen

Det å få en uhelbredlig kreftsykdom kan oppleves dramatisk og gi en ekstensiell smerte som kan redusere håpet og medføre til meningsløshet med en opplevelse av verdiløshet og tap av identitet (Lorentsen og Grov, 2016, s.219). Miller, referert i Sæteren (2017, s.296) viser til forskjellige elementer som påvirker til håp, som en personlig tro, følelsen av å være til nytte og relasjonen til andre mennesker kan bidra til mening og styrking av håp. Olsson et al (2010) viser i sin studie at for kreftpasienter var det betydningsfullt å fremme håp i den situasjonen de var i. Det som gav kreftpasientene håp var å få opprettholde en viss normalitet i hverdagen.

Dette var å få lov til å medvirke i egen situasjon og opprettholde aktiviteter i dagliglivet til tross for den reduserte funksjonen. For at pasienten skal kunne medvirke er det nødvendig at sykepleier gir pasienten tilstrekkelig informasjon slik at han får kunnskapen og forståelse for å kunne foreta valg som fremheves både i pasient og brukerrettighetsloven (1999, § 3-2) og de yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (NSF, 2019). Hvordan informasjonen blir formidlet og hvilket ord som benyttes har stor betydning for om pasienten opplever håp eller mismot. Sykepleier kan undersøke med pasienten om hvilken informasjon han ønsker og informere om det relevante (Lorentsen & Grov, 2016, s.417-418). På en annen side kan det å få bo hjemme bidra til at pasienten får bevare sine interesser, ivaretar sosiale roller og opprettholder sin sosiale funksjon og nettverk i kjente omgivelser og at hjemmet bidrar til å bevare sin selvfølelse og selvstendighet i større grad (Tønnesen og Nordtvedt, 2012).

Herth, referert i Utne (2017, s.77) viser til hva som kan påvirke håpet og medføre til håpløshet som dårlig symptomlindring og fysisk eller emosjonell isolasjon. Ifølge Lorentsen og Grov (2016, s.419) sier at når kreftpasienten er nedstemt eller isolerer seg over lang tid, kan et godt tiltak være at sykepleier viser interesse og empati. I tillegg oppmuntre til å ta kontakt med venner og familie som kan være til god støtte (Lorentsen og Grov, 2016, s.419). Olsson et al (2010) sier at enkelte kreftpasienter belyste at de var de eneste som kunne finne håp i sin situasjon og at det var ingen andre som kunne gjøre dette for dem. Lorentsen og Grov (2016, s.418) sier at håpet påvirkes av andres holdninger, adferd og atmosfære rundt pasienten. Sæteren (2017, s.294) viser til at det å understøtte håp står i sammenheng med tro, informasjon, valgmuligheter og ansvar, noe som sykepleier bevisst kan påvirke og tilrettelegge for håp gjennom sin væremåte og handling. Reynolds, referert i Utne (2017, s.73) påpeker at sykepleier må våge å finne ut hva pasienten har håp om slik at sykepleier kan planlegge og iverksette tiltak for å kunne støtte dem i håpet. Noe som står sammenheng med det Travelbee (2001, s.123) sier at sykepleier må gjøre seg villig og tilgjengelig for å kunne hjelpe pasienten med å mestre erfaringer, forebygge lidelse og dersom nødvendig finne en mening (Travelbee, referert i kirkevold, 2001, s.113-114).

Utne (2017, s.70-71) påpeker at sykepleier kan kartlegge pasientens opplevelse av håp der og da, eksempelvis ved ta i bruk et Herts håpsindeks (HHI) (se vedlegg 4), et spørreskjema der sykepleier kan spørre pasienten med ulike spørsmål med svaralternativer fra veldig uenig til enig. Berge et al (2019, s.251) viser det i en annen synsvinkel at sykepleier kan be pasienten gradere sitt håp eller med å ha kontroll over livet ved å ta i bruk NRS, der 0 er ingen og der 10

er fullstendig håp eller kontroll over livet. Stadjuhar et al (2010) viser til akkurat at det kreftpasientene fryktet mest var å miste kontrollen over livet.

I Olsson et al (2010) fremkom det at det at de fleste fant mening i å kunne sette ord på vanskelige følelser. Det at sykepleier benytter seg av Herts håpsindeks skjemaet, tenker jeg at kan bidra til at kreftpasienten får satt ord på følelsene fordi spørsmålene er aktuelle og kan gi et mer nøyaktig perspektiv på hvordan pasienten egentlig har det. Utne (2017, s.77) og Eide og Eide (2017, s.63) sier at sykepleier må tilnærme seg varsomt og å finne et passende tidspunkt for å undersøke med kartleggingsverktøy og hva som er viktig for pasienten. Det kan være krevende og avklarende for sykepleier og kan bidra til at pasienten tenker over viktige aspekter i sitt liv. Lorentsen og Grov (2016, s.418) sier at etterhvert som kreftsykdommen utvikle seg, kan håpet endre seg. Noe som sykepleier må ta i betraktning. Som det står i de yrkesetiske retningslinjer for sykepleier ”*Sykepleieren understøtter håp, mestring og livsmot hos pasienten*” (NSF, 2019). Utne (2017, s.77) sier at sykepleier kan styrke pasientens håp ved å skape et omsorgsfullt miljø, for å øke kreftpasienten samhörighet til seg selv og andre. Dette står også i sammenheng med Lorentsen og Grov (2016, s.418-419) som sier at sykepleier kan styrke håpet ved å oppmuntre og støtte pasienten til å ta i bruk sine egne ressurser og til å ha tro på seg selv. Utne (2017, s.77) viser også til at sykepleier kan hjelpe pasienten med å fokusere på de gode minnene fra fortiden noe som kan bidra til å kunne snakke om situasjon her og nå. Et annet viktig aspekt som fremheves av Utne er at sykepleiere må møte pasientens åndelige behov som kan gjøres ved å gi pasienten mulighet til å snakke om åndelige spørsmål og til å gjennomføre åndelig aktiviteter. Lorentsen og Grov, 2016, s.418) sier at når alt virker håpløst ut for pasienten kan det være nødvendig at sykepleier i samråd med pasienten setter et kortsiktig mål. Dette for at sykepleier skal kunne hjelpe pasienten til å kunne se fremover og oppleve en mening i en vanskelig situasjon (Lorentsen og Grov, 2016, s.418).

6.0 Konklusjon

Hensikten med denne bacheloroppgaven var å finne svar på problemstillingen ”Hvordan sykepleier kan ivareta hjemmeboende kreftpasienter i palliativ fase”. Forutsetningen er at sykepleier må først og fremst skape en god relasjon som må bevares gjennom hele pasientforløpet. Det handler om at sykepleier er villig, tilgjengelig og psykisk tilstede

gjennom sin væremåte og handling med å lytte, ha øyekontakt, empati og gir fysisk- og psykisk støtte der en tar seg tid og blir kjent. Dette kan bidra til at kreftpasienten finne trøst, tillit og trygghet. Ved at sykepleier er faglig forsvarlig med å ivareta de mellommenneskelige verdiene, vil det medvirke til at hjelpen blir omsorgsfull. Når det har oppstått gjensidig kontakt og forståelse kan det bidra til å ivarteta de fysiske, psykiske og ekstensielle behovene som kommer til uttrykk ved en uhelbredelig kreftsykdom. Psykiske og fysiske symptomer må ses i sammenheng og ikke hver for seg. Det kan være hensiktsmessig å starte med smertelindring for å utelukke sekundærplager. Sykepleier må ha kunnskap og ferdigheter med å kunne observere, undersøke, kartlegge i samråd med pasienten. Dette vil hjelpe sykepleier å iverksette tiltak i forhold til symptomer og plager. Det kan også bidra til at en får startet lindringen tidlig nok, noe som kan hjelpe kreftpasienten til å øke fysisk fungering og normalitet i hverdagen med økt livskvalitet. Dette er også elementer som kan styrke pasientens håp og kan gi en følelse av mening i tilværelsen. Ved å understøtte håp hos pasienten kan sykepleiere utgjøre en forskjell og hjelpe med å finne mening i egen situasjon.

I oppgaven kunne jeg ha sett nærmere på pårørendes funksjon og rolle. Funn viser at pårørende har behov for å bli ivaretatt, og er av stor betydning for at pasienten kan få dø i hjemmet. Dette kan gi et bredere bilde på hvordan vi sykepleiere kan ivareta hjemmeboende kreftpasienter i palliativ fase.

Referanseliste

- Aarre, T.F. (2014). Depresjon. I A.A. Dahl, T.F. Aarre & J.H. Loge (red). *Psykisk reaksjoner ved somatisk sykdom*. (s.135-153). Oslo. Cappalen damm.
- Bertelsen, B., Hornslien, K., & Thorsen, L. (2016). Svulster. I S. Ørn, E., Bach-Gansmo (red). *Sykdom og behandling*. (2utg, s.128-149). Oslo: Gyldendal akademisk
- Birkeland, A., & Flovik, A.M. (2018). *Sykepleie i hjemmet*. (3utg. Red.) Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Berge, T, Fjerstad, E., & Hyldmo, I & Lang, N. (2019). *Håndbok i klinisk helsepsykologi – for deg som behandler pasienter med somatisk sykdom og skade*. Bergen: Vigmostad & Bjørke AS
- Christoffersen, L., Johannessen, A., Tufte, P. A. & Utne, I. (2015). *Forskningsmetode for sykepleierutdanningene*. Oslo: Abstrakt forlag
- Danielsen, A., Berntzen. H., & Almås, H. (2016). Sykepleie ved smerter. I D.G, Stubberud., R. Grønseth & H, Ålmas (Red). *Klinisk sykepleie 1*. (5utg, s.381-427). Oslo: Gyldendal Akdemisk.
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving*. (6. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Eide, H & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner – personsentrert, samhandling, etikk*. (3.utg). Oslo: Gyldendal akademisk Forlag.
- Felleskatalogen. (2016, 8 mars). Kreft. Hentet fra <https://www.felleskatalogen.no/medisin/sykdom/kreft>
- Forskrift om studium og eksamen ved høgskolen vestlandet. (2019). Forskrift om studium og eksamen ved høgskolen vestlandet. (FOR-2019-05-09-1000). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2019-05-09-1000>
- Folkehelseinstituttet. (2019, 4 desember). Stadig færre dør av kreft og hjerte- og karsykdommer. Hentet fra <https://www.fhi.no/nyheter/2019/stadig-farre-dor-av-kreft-og-hjerte--og-karsykdom>

- Gotze, H., Brahler, E., Gansera, L., Polze, N & kohler, N. (2014). *Psychological distress and quality of life of palliative cancer patients and their caring relatives during home care*. Support Care Cancer: 22:2775–2782. Doi 10.1007/s00520-014-2257-5
- Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell m.v. (LOV-1999-07-02-64). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Helsedirektoratet. (2019). Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorg. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/palliasjon-i-kreftomsorgen-handlingsprogram/Palliasjon>
- Helse-Bergen. (2016). ESAS Symptomregistrering. Hentet fra <https://helse-bergen.no/kompetansesenter-i-lindrande-behandling/palliasjon-verktoy-for-helsepersonell/esas-symptomregistrering>
- Helsebiblioteket. (2016). Sjekklistet. Hentet fra <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistet>
- Helseforskningsloven. (2008). Lov om medisinsk og helsefaglig forskning. (LOV-2008-06-20-44). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-20-44>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2009). Samhandlingsreformen – rett behandling - på rett sted – til rett tid. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2018). Lever med kreft, Nasjonal kreftregister (2018-2022). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/266>
- Hofstad. (2020). *Slik bruker Herths håpsindeks, fotografi*. Hentet fra - <https://sykepleien.no/2020/01/slik-bruker-du-herths-hapsindeks>
- Jack, B.A., Mitchell, T.K., Cope, L.C., & O'Brien, M.R. (2016). *Supporting older people with cancer and life-limiting conditions dying at home: a qualitative study of patient and family caregiver experiences of Hospice at Home care*. Journal of advanced nursing 72(9), 2162-2172. doi 10.1111/jan.12983.
- Kaasa, S., & Lund, J-Å. (2016). Standardiserte pasientforløp og integrasjon mellom onkologi og palliasjon. I S. Kaasa & J.H. Loge (red.). *Palliasjon: Nordisk lærebok*. (3utg, s.126-149). Oslo: Gyldendal akademisk.

- Kaasa, S. (2016). Forskning innen palliasjon. I S. Kaasa & J.H. Loge (red.). *Palliasjon: Nordisk lærebok*. (3utg, s.51-61). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Knudsen, A.K. & Kaasa, S. (2016). Smertediagnostikk. I S. Kaasa & J.H. Loge (red.). *Palliasjon: Nordisk lærebok*. (3utg, s.387-399). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kaasa, S. (2016). Smertebehandling – generelle prinsipper. I S. Kaasa & J.H. Loge (red.). *Palliasjon: Nordisk lærebok*. (3utg, s.402-410). Oslo: Gyldendal akademisk
- Kongsgaard, U.E. (2017). Smerter og smertebehandling. I A.M, Reitan & Schjølberg, T. (Red). *Kreftsykepleie, Pasient – Utdringer – handlinger*. (s.182-197). Oslo Gyldendal akademisk.
- Kreftregisteret. (2019, 24 oktober). Kreft i Norge. Hentet fra https://www.kreftregisteret.no/Registrene/Kreft_i_Norge/
- Kirkevold. (2001). *Sykepleieteorier – analyse og evaluering*. Oslo: Gyldendal akademisk Forlag.
- Kvalitetsforskriften for pleie- og omsorgstjenestene. (2003). Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og etter lov av 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v. (FOR-2003-06-27-792). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2003-06-27-792>
- Lindring i Nord. (2012). *Håndbok i lindrende behandling*. Hentet fra Unn.no: <https://unn.no/fag-og-forskning/regional-kompetansetjeneste-for-lindrende-behandling-lindring-i-nord#h%C3%A5ndbok-i-lindrende-behandling>
- Lorentsen, V.B., & Grov, E.K. (2016). Generell sykepleie ved kreftsykdommer. I D.G, Stubberud., R. Grønseth & H, Ålmas (Red). *Klinisk sykepleie 2*. (5utg, s.397-436). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Loge, J.H. & Kaasa, S. (2016). Angst og depresjon. I S. Kaasa & J.H. Loge (red.). *Palliasjon: Nordisk lærebok*. (3.utg, s.446-500). Oslo: Gyldendal akademisk.
- NSF. (2019). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleier. Hentet fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17102/Yrkesetiske-retningslinjer>

- Nordtvedt, M.W., Jamtvedt, G., Nordheim, L.V. & Reinar, L.M. (2012). *Jobb kunnskapsbasert! En Arbeidsbok*. Oslo: Cappelen damm AS.
- Norås, I.L. (2017). Kreftsykepleier i heimen. I A.M, Reitan & Schjølberg, T. (Red). *Kreftsykepleie, Pasient – Utfordringer – handlinger*. (s.304-327). Oslo Gyldendal akademisk.
- Olsson, L. Östlund, G., Strang, P., Grassman, E.J., & og Friedrichsen. (2010). *Maintaining hope when close to death: insight from cancer patients in palliative home care*: doi: <https://doi.org/10.12968/ijpn.2010.16.12.607>.
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter. (LOV-1999-07-02-63). Hentet fra <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>
- Reitan, A.M. (2017). Klinisk kommunikasjon. I A.M, Reitan & Schjølberg, T. (Red). *Kreftsykepleie, Pasient – Utfordringer – handlinger*. (s.104-119). Oslo Gyldendal akademisk.
- Shutterstock (u.d). *Personer som holder hender*. Hentet fra <https://www.shutterstock.com/nb/image-photo/hands-old-man-young-woman-close-294290924>
- Stajduhar, K., Thorne, S., McGuinness, L. & Kim-Sing, C. (2010). *Patient perceptions of helpful communication in the context of advanced cancer*. *Journal of Clinical Nursing*.19, 2039–2047 2039. Doi: 10.1111/j.1365-2702.2009.03158.x.
- Sæteren, B. (2017). Omsorg for alvorlige syke døende pasienter – sorg og sorgarbeid. I A.M, Reitan & Schjølberg, T. (Red). *Kreftsykepleie, Pasient – Utfordringer – handlinger*. (s.223-250). Oslo Gyldendal akademisk.
- Sæteren, B. (2017). Åndelig og eksistensiell omsorg. I A.M, Reitan & Schjølberg, T. (Red). *Kreftsykepleie, Pasient – Utfordringer – handlinger*. (s.288-302). Oslo Gyldendal akademisk.
- Travelbee, J. (2001). *Mellommenneskelig forhold i sykepleien*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Tønnesen & Nordtvedt. (2012). Hva er faglig forsvarlig hjemmesykepleie. Hentet fra <https://sykepleien.no/forskning/2012/10/hva-er-faglig-forsvarlig-hjemmesykepleie>.

Thidemann I, J. (2015). *Bacheloroppgave for sykepleierstudenter- den lille motivasjonsboken i akademiskskrivning*. Oslo: universitetsforlaget.

Utne, I. (2017). Håp i et kreftforløp. I A.M, Reitan & Schjølberg, T. (Red). *Kreftsykepleie, Pasient – Utfordringer – handlinger*. (s.68-81). Oslo Gyldendal akademisk.

Vigstad, S., Clancy, A., & Broderstad, R.A. (2018). *Palliative pasienter får bedre lindring med tidlig symptomvurdering og tiltak*. Hentet fra sykepleien.no:
<https://sykepleien.no/forskning/2018/12/palliative-pasienter-far-bedre-lindring-med-tidlig-symptomvurdering-og-tiltak>

Vedlegg

Vedlegg 1: ESAS-r skjema

Vedlegg 2: ESAS-r forløpsskjema

Vedlegg 3: Smertetrappen

Vedlegg 4: Herts håpsindeks (HHI)

Vedlegg 5: Oversiktstabell av artiklene

Vedlegg 1 – Skjema ESAS-r

Edmonton Symptom Assessment System (revidert versjon) (ESAS-r)

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

Ingen smerte	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Verst tenkelig smerte
<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 søvnnig)</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 ett kryss): <input type="checkbox"/> Pasient <input type="checkbox"/> Pårørende <input type="checkbox"/> Helsepersonell <input type="checkbox"/> Pasient med hjelp fra pårørende eller helsepersonell
---	---

Figur 2: «Skjema ESAS-r». Bilde hentet fra Helse-Bergen (2016).

Vedlegg 2 – Førløpsskjema – grafisk oversikt

F.nr
 Navn

Grafisk oversikt over registrerte symptomer, ESAS-r

Dato															
Dag i sykehus	Tidspunkt	09	18	09	18	09	18	09	18	09	18	09	18	09	18
Smerte	10 0														
Slapphet	10 0														
Døsighet	10 0														
Kvalme	10 0														
Matlyst	10 0														
Tung pust	10 0														
Depresjon	10 0														
Angst	10 0														
Velvære	10 0														
Annet problem (f.eks. forstoppelse)	10 0														
ECOG															
Utfylt av															
Sign.:															

PS = Pasient, skriftlig

PI = Pasient, intervju

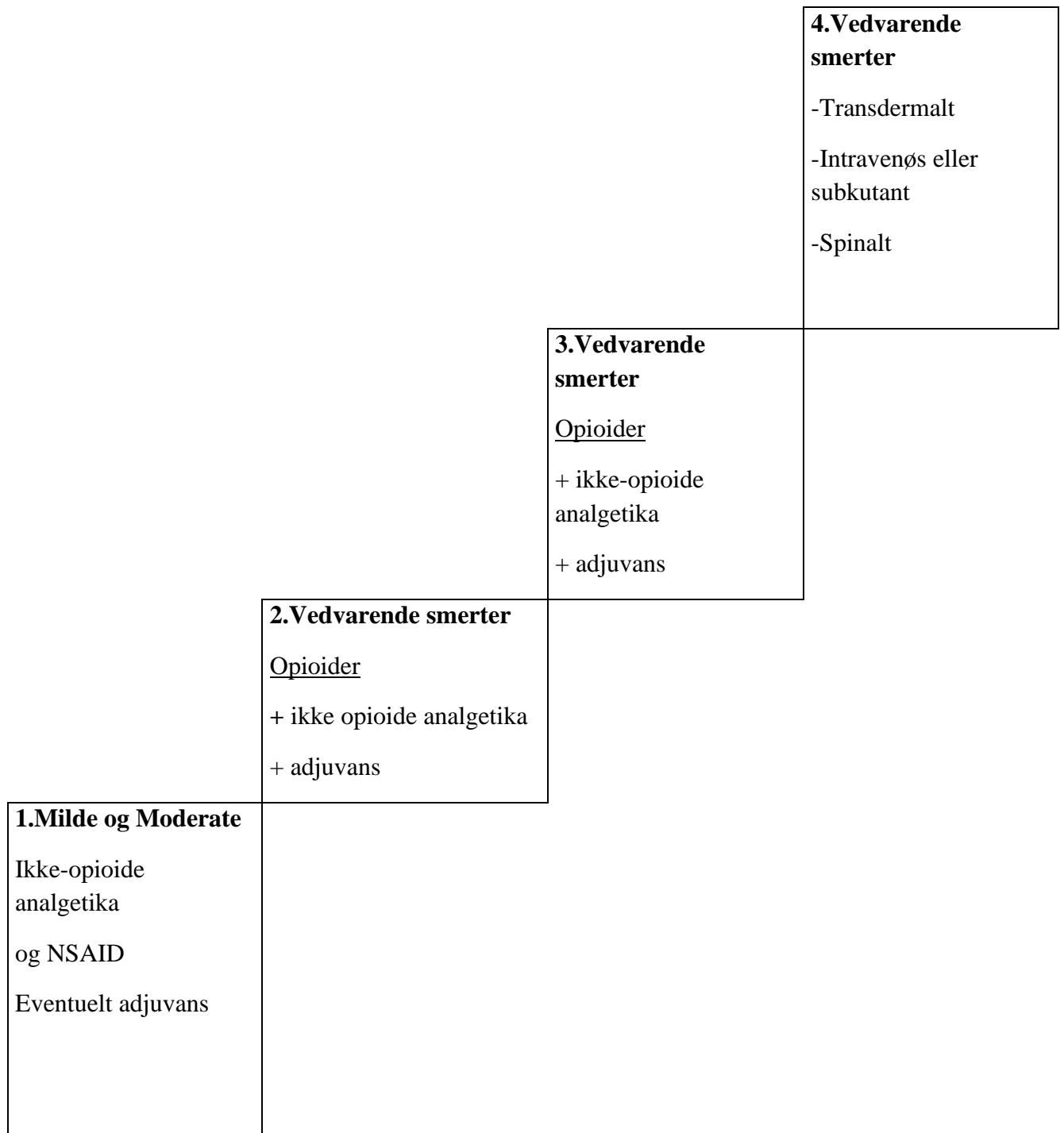
WHO/ECOG-status:

- 0 = Normal aktivitet.
- 1 = Begrensning ved fysisk aktivitet. Oppegående, kan gjøre lett arbeid.
- 2 = Oppe > 50% av dagtid. Selvhjulpen, kan ikke arbeide.
- 3 = I seng eller stol > 50% av dagtid. Noe hjelpetrengende.
- 4 = Helt sengeliggende. Helt hjelpetrengende.

Edmonton Symptom Assessment System (revidert versjon) (ESAS-r)

Figur 3: «Førløpsskjema – grafisk». Bilde hentet fra Helse-Bergen (2016).

Vedlegg 3 - Smertetrappen



Figur 4: Bilde er basert på WHO`s prinsipper, referert Kongsgaard (2017, s.186).

Vedlegg 4 - Herts håpsindeks (HHI)

Her er Herths håpsindeks				
Nedenfor er det listet opp en rekke utsagn. Les hvert utsagn og sett et kryss i den boksen som best beskriver hvor enig du er i utsagnet akkurat nå.				
	Veldig uenig	Uenig	Enig	Veldig enig
1. Jeg ser positivt på livet.				
2. Jeg har kort- og/eller langsiktige mål.				
3. Jeg føler meg helt alene.				
4. Jeg ser muligheter i problematiske situasjoner.				
5. Jeg har en tro som gir meg trost.				
6. Jeg er redd for hva fremtiden vil bringe.				
7. Jeg kan huske lykkelige/gode stunder.				
8. Jeg har en indre styrke.				
9. Jeg er i stand til å gi og motta omsorg/kjærighet.				
10. Jeg har en følelse av retning i livet mitt.				
11. Jeg tror at hver dag har sine muligheter.				
12. Jeg føler at mitt liv har verdi.				

Figur 5: "Herts håpsindeks (HHI)". Bilde hentet fra Hofstad (2020).

Vedlegg 5 - Oversiktstabell av artiklene

Artikkel	Hensikt	Metode	Utvalg	Resultat	Kritisk vurdering og kommentarer
<p>Gotze, H., Brahler, E., Gansera, L., Polze, N., & Kohler, N (2014).</p> <p><i>”Psychological distress and quality of life of palliativecancer patients and their caring relatives during home care”</i></p> <p>Tidsskrift: Support Care Cancer</p>	<p>Hensikten var å undersøke nivået av psykisk stress og livskvaliteten til palliative kreftpasienter og deres familie, samt se på hvordan sosialdemografiske og pleierelaterte faktorer virker inn på psykisk stress.</p>	<p>Benyttes kvalitativ metode med spørreundersøkelser på livskvalitet og psykisk stress.</p> <p>Etisk godkjent: Universitetet Leipzig i Tyskland</p>	<p>106 palliative kreftpasienter og deres familie i tidsrommet 2011 til 2013 ble inkludert i analysen</p>	<p>Den palliative kreftpasienten og hans pårørende hadde klinisk relevante symptomer på angst og depresjon. Det kommer frem i undersøkelsen at pasientene var betydelig mer deprimerte enn pårørende, mens på den andre siden led pårørende mer av angst enn pasientene. Pasientene rapportert lav livskvalitet både på et emosjonelt og psykisk nivå samt høy forekomst av utmattelse, dårlig appetitt, smerter og kortpustet.</p>	<p>-Tydelig problemstilling</p> <p>-Følger IMRAD-strukturen</p> <p>-Utført i Tyskland, men relevant for min oppgave da den tar for psykisk stress og livskvalitet hos palliative kreftpasienter</p> <p>-Enkelte deltageren ville ikke delta på grunnlag av for stor psykisk belastning</p> <p>-Aldersgruppen fra 18 år og oppover</p> <p>-Skeiv fordeling mellom kjønn</p>

Artikkel	Hensikt	Metode	Utvalg	Resultat	Kritisk vurdering og kommentarer
<p>Jack, B.A., Mitchell, T.K., Cope, L.C., O'Brien, M.R. (2016)</p> <p>«<i>Supporting older people with cancer and life-limiting conditions dying at home: a qualitative study of patient and familie caregiver experiences of hospice at home care</i>»</p> <p>Tidsskrift: Journal of Advanced nursing</p>	<p>Hensikt var å undersøke pasienters, familiens erfaringer og oppfatninger av hjemmetjeneste</p>	<p>Kvalitativ metode benyttes med prospektiv beskrivelse.</p> <p>Etisk godkjent av Universitetets etiske forskningskomite` EdgeHill University, Lancashire, UK.</p>	<p>Pasientene i studien mottok hjemmetjeneste ved minst tre anledninger med forventet levetid på uker.</p> <p>Semistrukturerte intervju ble utført og tatt opp digitalt av 41 deltakere, 25 familiemedlemmer og 16 pasienter ble inkludert i studien mellom oktober 2014 og juli 2015</p>	<p>Resultat viser funn av flere undertema som å snakke om, kunne og utføre, omsorg for omsorgsgiverne, å fremme muligheten til å ta egne valg, bidrog til det overordnede temaet som er å omfavne holisme. En positiv innvirkning på emosjonell, psykisk, fysisk og sosialt velvære var åpenlyst</p>	<p>-Tydelig problemstilling</p> <p>-Følger IMRAD strukturen</p> <p>-Utført i England, relevant for min oppgave, men at en må ta i betraktning at strukturen på helsetjenestene kan være ulikt</p> <p>-Alder fra 60 til 90 år</p> <p>-Skeiv fordeling mellom kjønn</p>

Artikkel	Hensikt	Metode/datasamling	Utvalg	Resultat	Kritisk vurdering og kommentarer
<p>Olsson, L., Östlund, G., Strang, P., Grassman, E.J. & Friedrichsen, M. (2010)</p> <p>«<i>Maintaining hope when close to death: insight from cancer patients in palliative home care</i>»</p> <p>Tidsskrift: International journal of palliative care</p>	<p>Artikkelen viser de sosiale og psykologiske prosesser hos 11 kreftpasienter som mottok palliativ behandling i hjemmet i Sverige brukte for å holde håpet sitt oppe.</p>	<p>Kvalitativ metoden benyttes med intervju og pasientskrevne dagbøker.</p> <p>Etisk godkjent: etisk råd ved universitetet i Linköping</p>	<p>11 kreftpasienter deltaker som mottok palliativ behandling i hjemmet.</p>	<p>Pasientene forsøkte å bevare livsinnholdet med flere metoder. Å bevare mening i livet, gjennom kommunikasjon med andre om liv og død, å involvere andre på sin reise mot døden og ved å bytte fokus.</p>	<p>-Tydelig problemstilling</p> <p>-Utført i Sverige og relevant for min oppgave da den viser hvordan kreftpasienter brukte for å holde håpet sitt oppe i hjemmet</p> <p>-Gjennomsnittsalder 58 år</p>

Artikkel	Hensikt	Metode	Utvalg	Resultat	Kritisk vurdering/kommentarer
<p>Stajduhar, K. I., Thorne, S.E., McGuinness, L., & Kim-Sing, C. (2010)</p> <p>«Patient perceptions of helpful communication in the context of advanced cancer»</p> <p>Tidsskrift: Journal of Clinical Nursing</p>	<p>Å finne ut hva pasienter med langtkommen kreft ser på som gode og hjelpsomme opplevelser av kommunikasjon i møte med helsepersonell</p>	<p>Basert på sekundæranalyse av data fra en større kvalitativ studie med 200 deltagere, begge studiene var</p> <p>Etisk godkjent av komite</p>	<p>Data av intervju fra 18 individuelle og 16 palliative fokusgruppedeltakere med langtkommen kreft ble tolket og analysert.</p>	<p>Fire nøkkelementer framstår som spesielt viktige i kommunikasjon med pasienter i palliativ fase: å respektere viktigheten av tid, vise fysisk omsorg, anerkjenne frykt og balansen mellom håp og ærlighet når en gir informasjon</p>	<p>-Tydelig problemstillingen</p> <p>-Følger IMRAD struktur</p> <p>-Utført i Canada, tenker den likevel er relevant for oppgaven og dagens praksis da den tar for seg pasienters ønsker for kommunikasjon</p> <p>-Skeiv fordeling mellom kjønn</p>

Artikkel	Hensikt	Metode	Utvalg	Resultat	Kritisk vurdering/kommentarer
<p>Vigstad, S., Clancy, A., & Broderstad, R.A. (2018)</p> <p><i>Palliative pasienter får bedre lindring med tidlig symptomvurdering og tiltak</i>”</p> <p>Tidsskrift. Sykepleien.no</p>	<p>Hensikten var å kartlegge hvordan 247 kreftpasienter registrerte sine symptomer ved ankomst og utreise ved en palliativ enhet.</p>	<p>Benyttes en kvantitativ metode, med bruk av anonymisert data fra kvalitetsdatabase fra en palliativ enhet ved UNN, Harstad.</p> <p>REK nord har vurdert dataen ikke falt under helseforskningsloven, men har blitt behandlet gjennom Norsk senter for forskningsdata, ved personvernombudet UNN. Alle personvernsopplysninger er anonymisert.</p>	<p>274 kreftpasienter, 139 menn og 135 kvinner.</p>	<p>God palliativ behandling handler om kunnskap og oppmerksomhet på pasientens symptomer. Belastende symptomer var slapphet, nedsatt matlyst og munntørrehet. kvinner uttrykker en høyere symptombelastning enn menn, med unntak av tungpustet. ESAS-skjemat bidrar til å oppdage symptomer som en normalt kunne ha oversett samt at raskt symptomlindrende tiltak medfører redusert symptombelastning.</p>	<p>-Tydelig problemstilling -Utført i Norge. Tenker den fortsatt er relevant for hjemmesykepleien da tar for seg kartlegging av symptomer ved bruk av ESSAS-skjemaet som er anbefalt både i spesialhelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. -studien begrenset er at pasientene kun ble fulgt i noen få dager, med ulike kreftdiagnoser og alder. -Gjennomsnittsalder 58 år</p>

--	--	--	--	--	--