



Høgskulen  
på Vestlandet

# BACHELOROPPGAVE

Smertelindring i hjemmet

Pain management in home care

**Kandidatnr: 209**

SK152 19V: Bachelor i Sykepleie

HVL Førde

**Innleveringsdato: 09.12.21**

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.

## **Sammendrag**

**Tittel:** Smertelindring i hjemmet

**Bakgrunn for valg av tema:** Kreft er en sykdom som rammer svært mange, og 40-50% av pasientene dør av sykdommen. Mange har et ønske om å få være hjemme til det siste, noe som krever god planlegging og oppfølging. Likevel viser det seg at kun ca 15% av pasientene dør i eget hjem (Kreftforeningen, 2015). Hensikten med oppgaven er å øke kunnskapen om hvordan sykepleier kan kartlegge og lindre smerter hos palliative kreftpasienter som ønsker å dø hjemme.

**Problemstilling:** *«Hvordan kan sykepleiere bidra til god smertelindring hos pasienter med langt kommet kreftsykdom i palliativ fase som ønsker å dø hjemme?»*

**Metode:** Jeg har brukt litteraturstudie som metode for å besvare oppgaven. Litteraturen som er brukt består av forskningsartikler, fagpensum og annen relevant teori. Databaser som er benyttet i søk etter forskning er Academic Search Elite, Cinahl og Medline.

**Kort oppsummering og konklusjon:** Funn viser at planlegging ved bruk av «Advance Care Planning» kan gi en mer forutsigbar og planlagt behandling for pasienten. Gode relasjoner til pasient og pårørende er viktig. ESAS kan være et nyttig verktøy i kartlegging av smerter, men ytterligere opplæring i bruken er nødvendig. I den siste fasen i livet er det i tillegg til medikamentell smertelindring viktig og nødvendig med god pleie og ikke-medikamentelle tiltak for smertelindring. Dersom sykepleier har et økt fokus på å legge til rette for hjemmedød, kan flere palliative kreftpasienter få muligheten til å dø i sitt eget hjem.

**Nøkkelord:** Kreft, palliasjon, smertelindring, smertekartlegging, hjemmedød

## **Abstract**

**Title:** Pain management in home care.

**Background:** Cancer is a disease that affects many people, and 40-50% of patients die from the disease. Many people have a desire to be home until the end, which requires good planning and follow-up. Nevertheless, it turns out that only about 15% of patients die in their own home (Kreftforeningen, 2015). The purpose of the thesis is to increase knowledge about how nurses can map and relieve pain in palliative cancer patients who want to die at home.

**Thesis question:** *“How can nurses contribute to good pain relief in patients with advanced cancer in the palliative phase who want to die at home?”*

**Method:** I have used literature study as a method to answer the question. The literature used consists of research articles, subject syllabi and other relevant theory. Databases used in the search for research are Academic Search Elite, Cinahl and Medline.

**Short summary and conclusion:** Findings show that planning using "Advance Care Planning" can provide a more predictable and planned treatment for the patient. Good relationships with patients and relatives are important. ESAS can be a useful tool in pain mapping, but further training in its use is needed. In the last phase of life, in addition to drug pain relief, good care and non-drug pain relief measures are important and necessary. If the nurse has an increased focus on facilitating home death, more palliative cancer patients may have the opportunity to die in their own home.

**Keywords:** Cancer, palliation, pain management, pain assessment, home death.

## Innholdsfortegnelse

1	Innledning .....	1
1.1	Bakgrunn for valg av tema.....	2
1.2	Problemstilling.....	2
1.3	Avgrensing og presisering .....	2
1.4	Avklaring av begrep og definisjoner .....	3
2	Metode.....	4
2.1	Søkeprosess .....	4
2.2	Annen litteratur .....	5
2.3	Kildekritikk .....	5
3	Teori.....	7
3.1	Kreft .....	7
3.2	Smerte.....	7
3.3	Smertekartlegging.....	8
3.4	Smertelindring .....	9
3.5	Palliasjon .....	10
3.6	Hjemmesykepleie .....	11
3.7	“Advanced care planning” .....	12
4	Funn.....	12
4.1	Artikkel 1.....	12
4.2	Artikkel 2.....	13
4.3	Artikkel 3.....	14
4.4	Artikkel 4.....	15
4.5	Artikkel 5.....	16
4.6	Artikkel 6.....	17
5	Drøfting.....	18

5.1 Planlegging av pasientforløpet .....	18
5.2 Kartlegging av smerter .....	20
5.3 Smertelindring .....	23
5.4 Kunnskap og kompetanse.....	25
6 Konklusjon .....	26
Kildeliste .....	28
Vedlegg.....	1
1 Vedlegg – PICO-skjema .....	1
2. Vedlegg – Oversikt over søk.....	1
3. Vedlegg – Litteratormatrise .....	1
4. Vedlegg - ESAS skala .....	1
5. Vedlegg - Oversikt over legemidler i medikamentskrinet .....	1

## 1 Innledning

I 2020 ble det rapportert at ca. 11 000 mennesker døde av kreft i Norge (Kreftregisteret, 2021). Norge er et av de landene med lavest andel hjemmedød (Fonn, 2020).

Kreftforeningen oppgir at bare 15% dør hjemme, selv om langt flere sier at dette er noe de ønsker (Kreftforeningen, 2015; Brenne & Estenstad, 2016, s.161).

De fleste kreftpasienter i lindrende fase av forløpet har flere plager, deriblant smerter (Kongsgaard, 2020, s.181). Behandlingskrevende smerter er et symptom mer enn 70% av pasientene opplever, og som svært mange frykter. Årsaken til smertene kan være sammensatt. Følgelig vil behandling av smerter utgjøre en sentral del av sykepleien som ytes til kreftpasienter. God smertelindring kan gi pasienten økt livskvalitet og mulighet til å være hjemme den siste tiden. Hjemmet representerer det som er kjent, trygt og normalt for pasienten. Å få muligheten til å dø hjemme kan gi verdifull tid med familien og er for mange helt avgjørende for å få en god slutt på livet (Birkeland & Flovik, 2018, s.186).

Hjemmetjenesten har etter samhandlingsreformen overtatt behandlingen av pasienter tidligere enn før (Birkeland & Flovik, 2018, s.18). Sykehusene avlastes ved at kommunehelsetjenesten tidligere overtar ansvaret for pasienter med komplekse tilstander og sammensatte behov. Flere steder er det stort press, få plasser og lange køer for å få sykehjemsplass. Det at pasientene kan være hjemme kan lette trykket i helsetjenesten. En konsekvens av dette er at kravet om kompetanse, kapasitet og ressurser i kommunene blir større.

## 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Jeg har valgt å skrive om smertelindring til kreftpasienter i palliativ fase, som ønsker å få dø i eget hjem. Dette er et tema som jeg synes er interessant og veldig viktig. Det å sikre at pasienten er tilstrekkelig smertelindret er etter min mening en av de viktigste oppgavene en sykepleier har. Dette er et område hvor det er viktig å ha kunnskap og erfaringer med seg. Jeg har gjennom tidligere arbeid og praksis erfart at det er store variasjoner i hvilke metoder som praktiseres for å sikre god smertelindring og hvordan pasientforløpene planlegges. Det å vurdere smerter hos andre kan være svært vanskelig og i mange tilfeller blir smerter derfor undervurdert. Jeg har også sett at pasientene sjelden får ønsket sitt oppfylt om å få dø hjemme. Blant annet på grunn av at smertene ikke lar seg kontrollere tilstrekkelig og at mangel på kompetanse, kapasitet og ressurser til å følge opp fører til at pasienten må på sykehjem den siste tiden.

## 1.2 Problemstilling

**«Hvordan kan sykepleier bidra til god smertelindring hos pasienter med langtkommet kreftsykdom i palliativ fase som ønsker å dø hjemme?»**

## 1.3 Avgrensing og presisering

Oppgaven avgrenses til voksne pasienter med langtkommet kreftsykdom som bor hjemme med hjemmesykepleie i siste del av den palliative fasen. Det avgrenses ikke til en bestemt kreftsykdom. Av hensyn til begrensninger på oppgavens omfang kan jeg ikke gå i dybden på alle symptom pasienter i palliativ fase kan plages med. Smerter er en av de mest fryktede plagene hos pasient og pårørende (Kongsgaard, 2020, s.181). Angst og smerter henger tett sammen, men jeg vil belyse viktigheten av at pasienten får god smertelindring fordi dette kan dempe angst (Nortvedt & Ljoså, 2021, s.33). Pårørende er en viktig ressurs, men jeg kan heller ikke gå i dybden på dette.

Fokuset vil være rettet mot kartlegging av smerter og oppfølging av medikamentell smertelindring. Jeg vil også nevne noen ikke-medikamentelle tiltak for smertelindring. Jeg går ikke nærmere inn på invasive tiltak for smertelindring, som strålebehandling, kirurgi og cellegift.

#### 1.4 Avklaring av begrep og definisjoner

**Smerte:** er subjektivt, og smerte er det som pasienten sier at de er (Rosland & Tjølsen, 2016, s.328).

**Kreft:** er en fellesbetegnelse på en stor gruppe sykdommer hvor det er unormal cellevekst. Kreft kan oppstå i alle kroppens organer eller vev. Sykdomstegnene vil variere fra organ til organ (Sml.no, 2021).

**Palliativ fase:** er en prosess som starter når sykdommen erklæres uhelbredelig og avsluttes når pasienten dør (Grov, 2015, s.523).

**Hjemmesykepleie:** er et tilbud om helsehjelp til hjemmeboende når sykdom, svekket helse, alderdom eller livssituasjon gjør at de trenger hjelp i kortere eller lengre perioder (Fjørtoft, 2016, s.17). Det er en tjeneste som utføres av helsepersonell til alle som trenger helsehjelp hjemme, uavhengig av alder.



## 2 Metode

Jeg har valgt å gjøre en litteraturstudie for å belyse problemstillingen fordi jeg mener denne metoden vil gi gode data og tilføre faglig tyngde. En litteraturstudie er en studie som systematiserer kunnskap fra flere skriftlige kilder, noe som innebærer at en samler litteratur, gjennomgår den med et kritisk blikk og til slutt sammenfatter funnene (Dalland, 2019, s.51). Hensikten med dette er å gi en oppdatert og god forståelse av kunnskapen denne problemstillingen spør om og vise hvordan denne kunnskapen har kommet frem (Thidemann, 2020, s.78).

### 2.1 Søkeprosess

Første steg i søkeprosessen var å sette opp et PICO-skjema (Vedlegg nr.1). Dette gjorde jeg for å kunne dele opp problemstillingen og gjøre den mer strukturert og presis. På denne måten fant jeg ut hva jeg lette etter og det gjorde søket mer presist, og resultatene mer relevant (Thidemann, 2020, s.85).

Først skrev jeg opp alle ordene jeg kom på av meg selv, «smertelindring», «kreft» og «smertekartlegging». Jeg brukte deretter «Ordnett» for å finne flere synonym. Søkene er utført i «EBSCO» 29/31.05.21 og 15.10.21. Det ble i alle søkene avgrenset til resultater fra «Academic Search Elite», «Cinahl» og «Medline» fordi de er kjent for å ha mye sykepleieforskning og medisinsk forskning av god kvalitet. Videre ble det kun søkt etter fagfelleurdert forskning som var publisert etter 2011 og artikler som er skrevet på engelsk eller skandinavisk språk. I alle søkene kom det mange treff, så det ble brukt mye tid på å gå gjennom resultatene og jeg valgte å lese abstrakter på alle artikler med relevant tittel. På denne måten fant jeg forskning som var god og relevant for min problemstilling. Disse artiklene ble nøye gjennomgått ved bruk av sjekklister for å sikre at dette var artikler av god kvalitet.

Jeg ønsket også å inkludere en artikkel jeg kjenner til fra tidligere i studiet som omhandlet sykepleiernes erfaringer med bruk av ESAS, fordi jeg synes denne var svært opplysende. For å finne denne ble det utført et søk i Sykepleien forskning, med søkeordene «ESAS», «Sykepleier» og «Erfaringer».

## 2.2 Annen litteratur

Nærmest all litteratur i form av lærebøker og pensum, er anbefalt litteratur som HVL har i sin læreplan. Dette er litteratur søkt frem via «Oria» og disse bøkene har blitt brukt aktivt tidligere på studiet. Alle bøker som er benyttet blir per i dag brukt i grunnutdanning og videreutdanning for sykepleiere. Jeg har vektlagt å bruke nyeste utgave av alle bøkene. I hovedsak er bøkene jeg har valgt «*Palliasjon – Nordisk lærebok*», «*Kreftsykepleie*», «*Sykepleie i hjemmet*» og «*Grunnleggende sykepleie Bind 2 og 3*» brukt. Jeg var kjent med «*Håndbok i lindrende behandling*» fra før. Denne er utarbeidet av kompetansesenter for lindrende behandling. Denne har jeg i et fysisk eksemplar, men den ligger også på nett. Aktuelt lovverk er funnet på Lovdata.no og i de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere.

## 2.3 Kildekritikk

Å være kritisk til kildene en velger å bruke, er med på å sikre at denne informasjonen er troverdig og relevant for problemstillingen (Dalland, 2019, s.152). Det er både styrker og svakheter med litteraturen som er benyttet. I oppgaven er det benyttet 5 studier med kvalitativ metode og 1 litteraturstudie. Kvalitative metoder gir kjennskap til meninger og opplevelser, noe som ikke kan tallfestes eller måles (Dalland, 2019, s.52). For å kvalitetssikre artiklene ble det brukt sjekklister for kritisk vurdering av oversiktsartikler og kvalitative studier, hentet fra *Kunnskapsbasert praksis* (Helsebiblioteket, 2016). Artiklene som ble valgt ble nøye vurdert. Både hensikt, utforming, utførelse, metoder og etiske forhold ble undersøkt. I forhold til litteraturstudien som er inkludert, fikk jeg ved hjelp av sjekklisten klarhet i hvordan forfatterne hadde utført søk etter litteratur.

Flere av studiene utført gjennom dybdeintervjuer med sykepleiere i Norge. Styrkene ved intervju er at de kan gi rike data og si noe om hvordan ting faktisk er. Dybdeintervju med sykepleiere kan få frem relevante erfaringer for problemstillingen jeg har valgt. Svakheten med intervju kan være at de kun tar for seg bestemte spørsmål og svarene kan gjenspeile situasjonen på det bestemte stedet, og dette er ikke nødvendigvis representativt generelt i Norge.

Flere artikler er skrevet på engelsk. Dette kan gjøre at jeg tolker eller oppfatter innhold i artikkelen helt eller delvis feil. Da jeg gikk gjennom forskningsartiklene, så jeg på hvem som hadde publisert artiklene, og om resultatene fremstod pålitelige. De fleste seriøse vitenskapelige artikler følger IMRAD-prinsippet, som er en måte å strukturere artikkelen på for å raskt kunne finne ut både hensikt, metode og funn. IMRAD står for «Introduction», «Method», «Results» And «Discussion» (Nortvedt et al., 2012, s.69; Dalland, 2019, s.163).

Artikkel nummer 4 har jeg fått tilsendt av kontaktsykepleier fra praksis i hjemmetjenesten. Den ligger tilgjengelig på nett og er relativt ny. Denne har jeg valgt å ta med grunnet relevans til oppgaven og jeg anser denne som pålitelig da forfatterne også har bidratt i flere av lærebøkene som er brukt.

## 3 Teori

### 3.1 Kreft

Kreft er et samlebegrep på en rekke sykdommer som er forårsaket av ukontrollert celledeling. Når cellene deler seg ukontrollert, vil de ikke fungere slik friske celler gjør. Ukontrollert celledeling fører til en opphoping av kreftceller i det rammede organet, og danner en kreftsvulst. Det er i korte trekk en genetisk sykdom på cellenivå, som oppstår på grunn av skade på arvestoffet (Russnes et al., 2020, s.48). Sykdommen kan også spre seg rundt i kroppen via blod og lymfesystemet. Forekomsten av kreftsykdom øker i takt med alder og en ser at 30-40% av kreftpasienter dør av sykdommen (Wist, 2020, s.33). Det kan være en død som for mange assosieres med smerter og en rekke andre ubehagelige symptom. Kreftbehandlingen har som «mål» å forlenge livet der kurativ behandling ikke er mulig og lindre plager som kan oppstå av sykdommen.

### 3.2 Smerte

Smerte er vanskelig å definere nøyaktig, men innebærer opplevelsen av noe ubehagelig. Smerteopplevelsen er et resultat av aktivitet i hjernen som inntreffer av ulike årsaker. En skiller mellom tre ulike typer smerter; Vevssmerter («Nociseptive smerter»), nervesmerter («nevropatiske eller nevrogene smerter») og psykiske smerter («psykogene smerter») (Utne et al., 2019, s.130; Kongsgaard, 2020, s.183) . Inndelingen av smerte vil være nyttig når sykepleier skal vurdere pasientens smerter. Sykepleier har en nøkkelfunksjon i arbeidet med å fange opp og behandle smerter hos pasientene (Utne et al., 2019, s.128).

Smerter relatert til kreftsykdom betraktes som en egen smertetilstand og inkluderer ofte vedvarende bakgrunnsmerter og kortvarige perioder hvor smertene forverres. De kortvarige smertene er ofte intense, raskt innsettende og har ulik varighet. Smerte er et av de mest fryktede symptomer som følger kreftsykdom og den oppstår i ulike deler av sykdomsforløpet. Smertene kan komme av at kreftsvulster trykker på omkringliggende vev og organer, eller at svulsten har spredd seg til andre organer eller skjelett. Fysiske smerter kan også henge sammen med andre fysiske plager, som for eksempel kvalme eller obstipasjon (Utne et al., 2019, s.129; Kaasa, 2016, s.403).

### 3.3 Smertekartlegging

Kartlegging av pasientens smerter legger grunnlaget for hvilken smertebehandling som blir gitt. Sykepleiere oppfatter smerte blant annet fra bakgrunnskunnskap, erfaringer og skjønn (Knudsen & Kaasa, 2016, s.388). Det kan derfor variere fra sykepleier til sykepleier hva som oppfattes som normalt og ikke.

En kan observere smerte hos pasienten ved å se etter non-verbale tegn som ansiktsgrimaser, lyder, kroppsbevegelser, søvnvansker, motorisk uro og kognitive endringer (Knudsen & Kaasa, 2016, s.400). Fysiologiske tegn til smerte kan være synlige i form av forhøyet blodtrykk, rask puls, raskere respirasjonsfrekvens, utvidede pupiller og svetting (Danielsen et al., 2017, s.389).

ESAS (Edmonton Symptom Assessment Scale) er et hjelpemiddel som er nyttig for å kartlegge hvilke symptom pasienten er plaget med. Hensikten med kartleggingsverktøy er at de skal være enkle for pasienten å forstå og lette å ta i bruk. Skjemaet ble revidert i 2012, og heter nå ESAS-r (Vedlegg nr.6). Skjemaet baserer seg ikke på smerter alene, men tar for seg ulike symptom som tungpust, kvalme, matlyst, angst og uro. Det er også et punkt hvor pasienten kan nevne andre plagsomme problem. Symptomene rangeres fra 1 til 10, hvorav 10 er verst tenkelig grad av symptomet. Skjemaet kan fylles ut av pasienten selv, eller ved hjelp av pårørende eller helsepersonell. Resultatene kan gi en indikasjon på pasientens tilstand i sanntid, og kan på sikt fortelle om tiltakene en setter i verk har ønsket effekt (Trier, 2012, s.862; Knudsen & Kaasa, 2016, s.398). Videre vil skalaen gjøre det mulig å sammenligne fra gang til gang og vurdere effekten av smertelindring. Dokumentering av smertene vil gi et godt grunnlag i samarbeid med leger i forhold til valg av smertelindring.

### 3.4 Smertelindring

Det er viktig å få startet smertelindringen tidlig (Kaasa, 2016, s.407). Målet med smertebehandling er å oppnå en optimal smertelindring med så få bivirkninger som mulig (Kongsgaard, 2020, s.185). Behovet for smertelindring hos kreftpasienter varierer og det kreves derfor individuell justering av dosene. En bør velge den enkleste administrasjonsformen først, ofte er dette per oralt. Det bør i tillegg være lagt en konkret plan for smertelindringen og hvordan en skal håndtere eventuelle smertetopper (Kaasa, 2016, s.403).

Smertepumpe blir tatt i bruk i palliativ fase for å gi jevn subkutan tilførsel av legemidler. Dette blir oftest igangsatt når pasienten ikke lenger kan ta medikamentene peroralt (Klepstad & Kaasa, 2016, s.435; Lindring i Nord, 2012, s.14). Det kan gis flere medikamenter samtidig i smertepumpen (UIN, 2012, s. 14). Det er ikke anbefalt å blande mer enn fire medikament. Ofte begrenses det derfor til smertestillende (morfin), kvalmestillende (haldol), beroligende (midazolam) og ev. legemiddel mot surkling (robinul). Sprøyten i smertepumpen må byttes en gang i døgnet og prosedyre for nåleskift må følges. Det kan også bli behov for å behandle gjennombruddssmerter, angst og uro med bolusdoser utenom dette (UIN, 2012, s.14; Kongsgaard, 2020, s.191).

«Medikamentskrin» ble utviklet i 2013 av representanter fra seksjon for smertebehandling og palliasjon på Haukeland Universitetssykehus, i samarbeid med Kompetansesenteret i lindrende behandling Helseregion vest (Glosli et al., 2016, s.782). Skrinet er tenkt for hjemmebruk og alle legemidlene skal kunne administreres av sykepleier i hjemmesykepleien. Skrinet inneholder fire medikamenter mot smerter, kvalme, uro og surkling (Vedlegg nr. 5). Det er ikke sikkert at alle symptomene oppstår hos pasienten, men det er viktig at alle ordinasjoner ligger klare for å kunne gi legemidlene til rett tid og på rett måte. I skrinet skal det også ligge utstyr til administrering av disse medikamentene og veiledning i bruken.

For å oppnå målene om smertelindring kan en med fordel kombinere medikamentelle og ikke-medikamentelle metoder for smertelindring. Det finnes flere ikke-medikamentelle tiltak sykepleier kan utføre. Mange opplever lindring av berøring og massasje, avspenningsøvelser, akupunkturbehandling, endring av leie og jevnlig munnstell. Videre kan musikk også virke roende og lindrende på smerter ved at det kan flytte fokuset til pasienten bort fra smertene (Utne, 2019, s.134; Kristoffersen & Breievne, 2021, s.59).

### 3.5 Palliasjon

Verdens helseorganisasjon har definert palliasjon slik:

«Palliative care is an approach that improves the quality of life of patients (adults and children) and their families who are facing problems associated with life-threatening illness. It prevents and relieves suffering through the early identification, correct assessment and treatment of pain and other problems, whether physical, psychosocial or spiritual» (WHO, 2020).

Målet er at pasient og pårørende skal oppleve best mulig livskvalitet.

Lindrende behandling, palliasjon, innebærer kartlegging og lindring av symptom og plager som påvirker pasientens livskvalitet i negativ retning (UIN, 2012, s.5). Palliativ fase er livets slutfase. Det er en prosess som starter når sykdommen erklæres uhelbredelig og avsluttes når pasienten dør (Grov, 2015, s.523). Palliasjon er aktiv behandling, pleie og omsorg for pasienter med uhelbredelig sykdom og kort forventet levetid. Målet med all palliasjon er å oppnå best mulig livskvalitet både for pasient og pårørende gjennom fokus på lindring av plagsomme symptom (NOU 2017:16, s.9; Fjørtoft, 2016, s.78).

Ved flere sykehus er det opprettet egne palliative team, med erfarne kreftleger og sykepleiere, som gir råd og rettleiing til pasienter, pårørende og behandlende helsepersonell (Norås, 2020, s.307). Slike team blir ofte en stor støtte og en god samarbeidspartner for helse- og omsorgstjenesten i kommunen også. Når pasienten er hjemme er det fastlegen som har ansvaret og det er viktig at han er delaktig og blir orientert underveis i prosessen. Her har sykepleier et ansvar for å samarbeide med legen, og holde han oppdatert underveis.

Det som karakteriserer en god relasjon i palliativ sykepleie er at relasjonen bygger på tillit og forståelse, tar utgangspunkt i hverdagens utfordringer og opplevelser samtidig som den gjør det mulig å ha dype samtaler og diskusjoner (Trier, 2019, s.854).

### 3.6 Hjemmesykepleie

Hjemmesykepleie er et felles begrep på alle former for sykepleie som blir utført i pasientens eget hjem (Birkeland & Flovik, 2018, s.13). Disse pasientene er i ulike livsfaser og situasjoner. De skal tilbys tjenester av god kvalitet, uavhengig av hvor de befinner seg. God samhandling i helse- og omsorgstjenesten er avhengig av tillit, kunnskap, likeverd og respekt (Birkeland & Flovik, 2018, s.14)- Ifølge de Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere har sykepleieren et ansvar for å fremme helse, forebygge sykdom og å ivareta den enkelte pasients behov for en helhetlig omsorg (NSF, 2021). Sykepleier skal også fremme pasientens muligheter til å ta egne beslutninger når det gjelder egen situasjon eller behandling. For å få til dette må sykepleieren informere tilstrekkelig og være sikker på at pasienten forstår informasjonen som blir gitt. Retten til medvirkning og informasjon er nedfelt i Lov om pasient- og brukerrettigheter (1999, §3-1; §3-2).

Hjemmesykepleien har endret struktur etter samhandlingsreformen fra 2012. Reformen innebærer at hjemmesykepleien får en større rolle og tidligere overtar behandlingen av pasienter (Birkeland & Flovik, 2018, s.18). Hjemmetjenesten avlastet sykehusene ved å overta ansvar for pasienter med komplekse tilstander og sammensatte behov. Det å yte sykepleie til pasienter i hjemmet byr på flere utfordringer (Norås, 2020, s.303). Sykepleiere i hjemmesykepleien jobber ofte alene og må være mer selvstendige i avgjørelser. Dette medfører at kravene til kunnskap og kvalifikasjoner er store og behovet for sykepleiekompetanse ute i kommunene har økt.



### 3.7 “Advanced care planning”

I palliasjon er det økende fokus på å gjennomføre forberedende samtaler tidlig i forløpet. Fordelen er at det kan øke livskvaliteten til pasienten og gjøre det mulig for pasienten å få oppfylt sitt ønske om hvor han/hun vil avslutte livet. «Advanced care planning» er en kontinuerlig prosess som handler om å legge en plan for livets siste fase. Hovedfokuset er å kartlegge pasientens og pårørendes ønsker og mål mens pasienten ennå er i stand til å uttrykke seg (Brenne & Estenstad, 2016, s.165; NOU, 2017, s.20).

I Nordfjord har de utviklet sin egen versjon av ACP, nemlig Norpal. Dette er en plan for palliasjon der målet er å sikre god tverrfaglig ivaretagelse av den palliative pasienten. Denne baserer seg også på forhåndssamtaler. Dette startet som et interkommunalt prosjekt i Nordfjord, med mål å øke kvaliteten på tjenesten og sikre et likt tilbud for pasientgruppen (Sollid, 2020). I etterkant har Norpal blitt tatt i bruk flere andre steder i landet. Planen består av informasjon til pasient og pårørende, kontaktinformasjon, pasientens sykdomshistorie, hvilke behov som er identifisert og en plan for hvordan disse kan løses.

## 4 Funn

### 4.1 Artikkel 1

**«Advance care planning for patients with cancer in palliative care: A scoping review from a professional perspective»**

**Forfatter(e):** Anne Kuusisto, Jenni Santavirta, Kaija Saranto, Päivi Korhonen, Elina Haavisto (2019).

**Hensikt/metode/målgruppe:** Dette er en litteraturstudie som har som mål å beskrive «Advance care planning» (ACP) for kreftpasienter fra et faglig perspektiv, for å avdekke hvordan og i hvilken grad ACP ble benyttet for å forbedre pasientens forløp. Det ble gått gjennom 739 studier, og 12 av disse studiene ble inkludert. Studiene var gjennomført i USA, Europa, Asia og Australia. Vi får på denne måten et innblikk i bruken av ACP i flere vestlige land. Deltakerne i studiene var sykepleiere, annet helsepersonell og sosialarbeidere.

**Resultater/Konklusjon:** Studiene som ble gjennomgått omhandlet både sykehusinnlagte pasienter og pasienter som mottok hjemmebaserte tjenester og viste at samtale om ACP sjeldent forekom, og at de ofte var satt i gang sent i pasientforløpet. Deltakerne hadde problemer med å skille ACP fra den daglige pleien og dokumentasjonen var spredd og vanskelig å finne. Det kom også fram at deltakerne hadde manglende kunnskap om ACP og at det ikke var etablert praksis for å benytte seg av ACP. Studien viser at kursing og utdanning innen ACP er viktig for å fremme bruken av slike planer. Det er også viktig at innholdet er standardisert slik at praksisen blir mest mulig lik uavhengig av hvem tjenesteyter er.

#### 4.2 Artikkel 2

##### «Home care nurses' experience with medication kit in palliative care»

**Forfatter(e):** Katrine Staats, Oscar Tranvåg, Ellen Karine Grov (2018).

**Hensikt/metode/målgruppe:** Dette er en beskrivende og utforskende kvalitativ studie utført i Norge. Hensikten er å øke forståelsen for sykepleiere i hjemmesykepleiens erfaringer med bruk av medikamentskrinet for å lindre symptom hos terminale pasienter. Dataene er samlet inn ved at 18 sykepleiere fra hjemmetjenesten ble intervjuet i grupper og deretter individuelt. Deltagerne kom fra fem ulike kommuner som har tatt medikamentskrinet i bruk. Sykepleierne ble intervjuet om bruken av medikamentskrinet i praksis.

**Resultater/Konklusjon:** Det ble rapportert at planlegging, samarbeid, ansvarsfordeling og klare ordinasjoner fra lege var med på å skape gode rammer rundt bruk av medikamentskrinet. Tilgjengeligheten på ressurser og et godt samarbeid med fastlege som er tilgjengelig fremmer faglig god bruk av medikamentskrinet. Det ble også poengtert flere forhold som kan bidra til at medikamentskrinet ikke ble brukt optimalt, blant annet at skrinet ble brukt for sjelden, noe som medførte at det ikke ble en innarbeidet rutine. Videre kan det være vanskelig for en sykepleier alene å skulle vurdere pasientens symptom og behov for eksempelvis smertelindring, spesielt når det ofte er mangler på kompetent personale på nattestid. Det kom frem at sykepleierne ofte følte seg alene om ansvaret. Konklusjonen var at medikamentskrinet kan være et nyttig verktøy for palliasjon i hjemmet. Klare strukturer og innarbeidede rutiner på arbeidsplassen kunne være med på å trygge sykepleierne og kunne på den måten føre til økt bruk.

#### 4.3 Artikkel 3

##### «Sykepleieres erfaringer med smertelindring til hjemmeboende kreftpasienter»

**Forfatter(e):** Svein Inge Molnes (2014).

**Hensikt/metode/målgruppe:** Dette er en kvalitativ studie som baserer seg på semistrukturerte individuelle intervjuer med 10 sykepleiere som jobber i hjemmesykepleien i forskjellige distrikter i Midt-Norge. Inklusjonskriteriene var at sykepleierne skulle ha jobbet i hjemmesykepleien i minimum ett år. Dybdeintervju ble valgt i studien for at sykepleierne skulle få formidlet sine egne erfaringer fra praksisfeltet. Hensikten var å finne ut hvordan sykepleierne opplever kompetansen i smertelindring til kreftpasienter som bor hjemme.

**Resultater/Konklusjon:** Funnene viste at sykepleierne stort sett var fornøyde med jobben de gjør for pasientene, men at det er en utfordring å gi tilfredsstillende smertelindring. Kompetansen i kommunehelsetjenesten varierer også. Flere sykepleiere hadde etterlyst kompetanseheving på arbeidsplassen og bedt om kursing og undervisning. De savnet faglige forum hvor de kunne dele sine erfaringer med kollegaene. Flere utfordringer relatert til hjemmesykepleien ble identifisert, blant annet at bemanningen er lav i forhold til pleietyngden og behovet pasienten har for oppfølging. Flere sykepleiere uttrykte at det kan være vanskelig å ta en bestemmelse på om en skal gi eller ikke gi smertelindrende medikament og i noen tilfeller var personlige meninger eller tidligere erfaringer med på å påvirke denne avgjørelsen. Bruk av smertepumpe krever mye ressurser og flere er tilbakeholdne med å gi morfin i frykt for at de skal gi for mye. Det ble også nevnt at det sjeldent ble benyttet kartleggingsverktøy for å vurdere pasientens opplevelse av smerte, kun 3/10 hadde benyttet ESAS som kartleggingsverktøy i forbindelse med smertelindring. Det ble pekt på manglende opplæring, at det er tidkrevende og at det er en belastning å forholde seg til enda et skjema.

Konklusjonen var at det må fokuseres mer på symptomlindring og god kommunikasjon mellom pasient, pårørende og helsepersonell. Det er også viktig med kompetanseheving i form av videreutdanning og kursing for å imøtekomme denne pasientgruppens behov i kommunehelsetjenesten.

#### 4.4 Artikkel 4

##### «Hjemmesykepleiers erfaringer når kreftpasienter ønsker å dø hjemme»

**Forfatter(e):** Kristin Aamold, Ellen Karine Grov og Hanne Marie Rostad (2020).

**Hensikt/metode/målgruppe:** Dette er en kvalitativ studie utført ved hjelp av dybdeintervjuer av sykepleiere som jobber i hjemmetjenesten i to forskjellige distrikt i Norge. Disse ble rekruttert av sin leder. Deltagerne hadde variert erfaring og fartstid. De hadde ikke klinisk videreutdanning. Hensikten med studien var å kartlegge hvilke utfordringer sykepleiere i hjemmetjenesten møter når de skal ivareta kreftpasienter som ønsker å dø i eget hjem.

**Resultater/Konklusjon:** Resultatene viste at det tverrfaglige samarbeidet ikke var helt optimalt og at sykepleierne ofte sto alene i komplekse situasjoner uten å kunne konsultere med en spesialist. Det var vanskelig for personalet å ivareta sine egne behov for distanse samtidig som de skulle ivareta pasientenes behov for nærhet og omsorg. Noen uttrykte at kontinuitet var viktig, muligheten til å følge opp pasienten over tid. De beskrev en utfordring rundt samarbeid med andre helseprofesjoner. Det ble beskrevet en underliggende usikkerhet rundt ansvarsfordelingen, hvem som skal gjøre hva når det kommer til oppfølging av pasientene. Flere av sykepleierne måtte påta seg rollen som koordinator. Hjemmesykepleierne opplevde stor nytte av samarbeid med palliativt team, men uavklarte ansvarsområder var til hinder for dette samarbeidet. Konklusjonen var at sykepleierne har behov for et mer tilgjengelig tverrfaglig team og en tydelig ansvarsfordeling i den palliative omsorgen. Det eksisterer også et behov for faglig og personlig støtte til hjemmesykepleierne som står i disse situasjonene.

#### 4.5 Artikkel 5

**«What do patients with advanced incurable cancer want from the management of their pain? A qualitative study».**

**Forfatter(e):** Jane Gibbins, Rebecca Bhatia, Karen Forbes og Colette M. Reid (2014).

**Hensikt/metode/målgruppe:** Dette er en kvalitativ studie gjennomført i England. Den er gjennomført ved bruk av dybdeintervju med 12 palliative kreftpasienter. Deltagerne var på ulike stadier av sykdommen og hadde ulike kreftdiagnoser. Hensikten med studien var å finne ut hvordan pasientene opplevde smertelindringen og hva de ønsker å oppnå av smertelindrende behandling.

**Resultater/Konklusjon:** Funnene viste at pasientene målte effekten av smertelindringen opp mot graden de kunne delta i dagligdagse aktiviteter og gjøremål. De la vekt på at de ønsket å leve så normalt som mulig og kunne delta på aktiviteter samtidig som de vil være deltagende i familielivet. Flere av pasientene uttrykte utfordringer med at nettverket rundt dem ble bekymret over smertene de hadde. Det ble også bragt frem at de sederende effektene av smertestillende var medvirkende til at de ikke ville ta disse medisinene om det ikke var ytterst nødvendig. Pasientene uttrykte at de ønsket å være smertefri, men forventet ikke at smertene skulle forsvinne helt. De måtte dermed justere aktivitetsnivået sitt etter smertene. I møtet med helsepersonell var flere av pasientene klare på at det kunne være vanskelig å si fra om smertene, med mindre helsepersonellet spurte direkte om det. Flere opplevde at det ikke var nyttig med bruk av smerteskalaer.

#### 4.6 Artikkel 6

##### «Sykepleieres erfaringer med å bruke ESAS til å kartlegge symptomer hos kreftpasienter»

**Forfatter(e):** Elise Marie Ihler & Berit Sæteren (2019).

**Hensikt/metode/målgruppe:** Formålet med studien var å undersøke sykepleieres erfaringer med bruk av ESAS for å kartlegge symptom hos pasienter med kreft i palliativ fase. Dette er en kvalitativ studie som ble utført ved dybdeintervju med seks sykepleiere fra to ulike kreftsengeposter på et sykehus i Helse Sør-Øst.

**Resultater/Konklusjon:** Resultatene viser at sykepleierne anser ESAS som et nyttig kartleggingsverktøy. De opplevde at dette gav et bilde av pasientens subjektive opplevelse av symptom. Dette fungerte også som en inngangsport til samtale, noe som kunne bidra til bedre symptomlindring og økt livskvalitet. Det kom også frem at ESAS ble brukt i varierende grad, noe som påvirker hvorvidt skjemaet faktisk bidrar til å systematisere kartleggingen av symptom.

## 5 Drøfting

### 5.1 Planlegging av pasientforløpet

En god plan er avgjørende for å legge til rette for pasientens ønske om å bo hjemme til det siste. Kuusisto et al. (2019) fant at planlegging ved bruk av «Advanced Care Planning/ACP», kan gi en mer forutsigbar og planlagt behandling både for pasient, pårørende og helsepersonell. Det er viktig å samtale med pasient og pårørende om hvordan de ønsker den siste tiden skal være og hvor pasienten ønsker å dø (Reitan, 2020, s.38). Samtalene må dokumenteres grundig og gjøres lett tilgjengelig for alt helsepersonell som deltar i pasientbehandlingen. Opplæring og kursing i utarbeiding og bruk av ACP vil kunne være med på å øke bruken av den (Kuusisto et al., 2019; Sollid, 2020). Dessverre viser det seg at samtaler hvor en planlegger pleien, ofte skjer på et for sent stadium i forhold til sykdomsutviklingen hos pasienten (Kuusisto et al., 2019). Det finnes ikke en direkte fasit til hvilke tidspunkt slike samtaler passer. I tillegg kan planen være i kontinuerlig forandring, fordi sykdomsbildet og ønskene til pasienten kan forandres gjennom sykdomsforløpet. Planen som passet i starten, passer kanskje ikke mot slutten.

For å etablere gode relasjoner og avdekke endringer i ønsker og behov kreves det tid og tilstedeværelse. Det at en informerer pasienten, er noe som skaper tillit og trygghet. Når en står i bestemte situasjoner kan en gripe øyeblikket når pasienten er mottagelig for informasjon (Reitan, 2020, s.112; Røkenes & Hanssen, 2013, s.27). Når pasienten er hjemme, er det naturlig at hjemmesykepleier har ansvar for oppfølging, men pårørende bør inkluderes i planleggingen og informeres godt. Informasjon til nærmeste pårørende er forankret i pasient- og brukerrettighetsloven, så lenge pasienten godkjenner at de skal få informasjon (Reitan, 2020, s.108). Det bør avklares hva de ønsker at hjemmesykepleier skal bidra med og hva de ønsker å gjøre selv. Sammen kan en komme frem til løsninger.

God kommunikasjon krever at en lytter aktivt og varierer mellom å stille åpne eller lukkede spørsmål, slik at en kan få frem informasjon på en god måte og i pasientens tempo. Dersom en derimot normaliserer og bortforklarer pasientens opplevelser av smerter, kan kommunikasjonen bli dårlig og tilliten svekkes. Tidspress er også en viktig faktor som virker i negativ retning på relasjonsarbeidet, pasienter leser kroppsspråk og kan dermed unnlate å fortelle at de har smerter fordi de ser at sykepleieren egentlig ikke har tid til å høre etter eller gjøre noe med det (Gibbins et al., 2014).

På den ene siden er kartlegging av smerter viktig og det å fordele ansvar; hvem skal gjøre hva, hvem skal kontaktes, hva er målet og hvilke tiltak kan settes i verk for å nå målene. På den andre siden er kontinuitet en stor utfordring i hjemmesykepleien. Pasientene må tåle å få mange forskjellige personer tett innpå seg og nytt personale kan bety ny vurdering av behov av eksempelvis smertelindring hos pasientene. I praksis har jeg sett at det blir prioritert at sykepleiere får ansvaret for oppfølgingen av palliative kreftpasienter og at det ofte blir tilstrebet at en skal være færrest mulig innom. Dette kan være en form for å prøve å sikre kontinuitet. Det at pasienten kjenner tillit til sykepleieren forsterker effekten av den smertelindringen som gis, noe som underbygger viktigheten av kontinuitet (Danielsen et al., 2019, s.388). Dette sier også studien til Aamold et al. (2020) noe om. Sykepleiere fra hjemmesykepleien hadde pekt på flere utfordringer når kreftpasienter ønsker å dø hjemme. Flere følte på at de sto alene om ansvaret og avgjørelsene fordi det tverrfaglige samarbeidet ikke fungerte godt nok. Sykepleierne følte de ofte måtte ta på seg rollen som «koordinator» /primærsykepleier når dette ikke var den egentlige hensikten. Her kan derimot NORPAL ha vært et steg i riktig retning. NORPAL er en plan for palliasjon hvor målet er å sikre god tverrfaglig ivaretagelse av den palliative pasienten. Tilbakemeldingene fra sykepleiere og leger i kommunene etter NORPAL var at planen har bidratt til en struktur i oppfølgingen og har vært veldig avklarende (Sollid, 2020).



Sykehusene har ofte egne «mobile palliative team», som arbeider målrettet og legger til rette for at pasientene skal være godt lindret og kunne få være hjemme (Norås, 2020, s.307). Dette er team som består av erfarne leger og sykepleiere. Samarbeid med slike palliative team kan gi en stor fordel for den sykepleieren som står ute i felten og skal vurdere situasjonen. I mange tilfeller opplever sykepleiere at det er utfordrende å få involvert fastlegen. Sykepleieren blir automatisk et mellomledd mellom pasienten og fastlegen, og har dermed et ansvar for å kommunisere sine observasjoner og pasientens behov. Her kan lindrende koordinator i kommunen være svært hjelpsom, med at den knytter og holder kontakt mellom alle involverte samarbeidsparter, for eksempel fastlege, palliativt team, pasient, pårørende, fysioterapeut og sykehuset (Sollid, 2020).

## 5.2 Kartlegging av smerter

Det er sammensatte årsaker til at pasienten får smerter og smertene vil ofte være svingende og kan variere fra dag til dag (Utne, 2019, s.131). Studier viser at pasientene ofte er redde når smertene endrer karakter eller styrke, fordi de frykter at det er grunnsykdommen som utvikler seg (Gibbins et.al., 2014). Pasientene ytrer også at de ikke forventer å være helt smertefri, men at smertene skal være på et håndterlig nivå. Pasientene i studien til Gibbins et al. (2014) hadde noen ganger en opplevelse av at behandling med sterke smertestillende gjorde dem sløve og sedert, noe som gjorde dem mer tilbakeholden med å ta medikamentene. Dette kunne også medføre at de underrapporterte smerter i frykt for å måtte øke dosene. Sykepleier må i denne sammenheng være nøye med å informere pasienten om virkning og bivirkning av legemidlene, spesielt opoider, og viktigheten av å ta medisinen til rett tid og på rett måte for at de skal unngå plagsomme bivirkninger (Kongsgaard, 2020, s.188).

De tiltakene som har hjulpet pasienten den ene dagen, vil kanskje ikke være like effektive neste dag. Smertene bør derfor bli vurdert fortløpende for å raskt oppdage svingninger og finne ut hva pasienten har behov for. Når pasienten er i eget hjem med tilsyn av hjemmesykepleien, er sykepleier tidvis avhengig av de pårørendes observasjoner. Det er derfor viktig å lytte til pårørende når pasienten ikke kan uttrykke seg. Det er de som tross alt kjenner pasienten best.

Kartlegging av smerter er viktig for tilstrekkelig smertebehandling. I praksis er det stor variasjon i hvorvidt kartleggingsskjema blir brukt eller ikke (Ihler & Sæteren, 2019; Molnes, 2014). I praksis har de sett at enkelte sykepleiere så på skjemaet som enda et «papir i bunken». Det har i noen tilfeller vært mer tidkrevende å bruke skjemaet og dokumentere det i pasientjournalen, enn å stille egne spørsmål i samtale med pasienten. Molnes (2014) fant i sin studie at kun 3 av 10 sykepleiere hadde benyttet ESAS som kartleggingsverktøy. Han kom også frem til at manglende opplæring kan være en faktor som fører til at systematiske skjema ikke blir brukt. Det at kartleggingsskjemaer ikke blir brukt kan skyldes tilfeldigheter, alt etter hvilken sykepleier som vurderer og hvilke observasjoner som blir vektlagt. Sykepleiere vurderer smerter ulikt (Ihler & Sæteren, 2019). For eksempel kan en sykepleier oppleve at pasienten overdriver smertene, mens en annen kan oppfatte smertereaksjonen som reell. Det ble også bemerket at det ofte var lett for at sykepleieren kom med personlige meninger basert på erfaringer som pårørende (Molnes, 2014). En sykepleier som daglig møter en pasient med smerte, kan reagere mindre på smerteuttrykkene som vises (Knudsen & Kaasa, 2016, s. 388; Danielsen et al., 2017, s.382). Dette kan gjøre pasientbehandlingen dårligere og svekke tilliten pasienten har til helsepersonellet.

Ihler & Sæteren (2019) fant at sykepleierne anså ESAS som et nyttig kartleggingsverktøy, som kunne gi et bilde av pasientens subjektive opplevelse av symptom. Det har kommet frem i studien til Gibbins et.al (2014) at pasientene ikke nødvendigvis opplevde kartleggingsskalaer som nyttige. Artikkelen sier ikke noe om at det var ESAS som ble benyttet i kartleggingen hos disse pasientene. Pasientene opplevde det som vanskelig å ta initiativ til å snakke med helsepersonell om smertene sine, med mindre de ble spurt direkte. Det kan tenkes at pasientene kan bli overveldet av mange spørsmål og hyppige spørreunder for å fylle ut ESAS-skjemaene, men dersom denne systematiske kartleggingen skal fungere så må den utføres regelmessig. Det kan tenkes at pasientene opplevde kartleggingsskalaen som unyttig fordi den ikke ble brukt slik den skal. Dersom pasientene opplever at kartleggingen bidrar til bedre smertelindring kan det øke bruken.

Studien til Ihler & Sæteren (2019) pekte på at regelmessig kartlegging er en forutsetning for å oppdage variasjoner gjennom døgnet/uken og endringer gjennom forløpet. Dette kan også sikre bedre kommunikasjon mellom pasienten og helsepersonell. Kartleggingen kan være tillitsskapende og bidra til at pasienten føler at han/hun blir tatt på alvor. God kommunikasjon krever at en lytter aktivt og varierer mellom å stille åpne eller lukkede spørsmål, slik at en kan få frem informasjon på en god måte og i pasientens tempo. Dersom en stiller ledende spørsmål, normaliserer og bortforklarer pasientens opplevelser av smerter blir kommunikasjonen dårlig og tilliten svekkes. Tidspress virker i negativ retning på relasjonsarbeidet, pasienter leser kroppsspråk og kan unnlate å fortelle at de har smerter fordi de tenker at sykepleieren egentlig ikke har tid til å høre etter eller gjøre noe med det, noe også Gibbins et.al, (2014) fant i sin studie.

Manglende rutiner og lite fokus på ESAS i undervisning kan hindre bruken i praksis (Ihler & Sæteren, 2019). Når kartleggingen ikke blir fulgt opp på påfølgende vakt, blir det vanskelig å opprettholde rutineene. Videre kan bruken bli bedre dersom ESAS blir tatt opp som en del av den daglige rapporten. Jeg har erfart i praksis i hjemmesykepleien at ESAS-kartlegging gir et godt bilde av pasientens situasjon og nåværende behov. Dette er nyttig blant annet når en skal kommunisere med fastlegen ved hjelp av elektroniske meldinger, både i forbindelse med vurdering av dagens smertelindring og når dosen eventuelt skal økes eller reduseres.

Det kan forekomme misforståelser som påvirker ESAS-scoringen, noe som kan føre til at den ikke representerer pasientens reelle symptomopplevelse. Det kan for eksempel dreie seg om mistolkinger av begrepene «døsighet» og «slapphet» (Ihler & Sæteren, 2019). Det kan være vanskelig å skille disse to begrepene.

ESAS kan egne seg dårlig for pasienter med kognitiv påvirkning, da det baseres på selvrapporing. ESAS kartlegger flere symptomer, ikke bare smerter (Utne, 2019, s.128). Det kan tenkes at sykepleieren må stille flere spørsmål for å få klarhet i pasientens smerter og ESAS kan da være et utgangspunkt for samtale. Det kan være utfordrende når pasienten ikke klarer å svare godt for seg eller si fra om smertene. Studien til Granheim et al. (2015) avdekket at det finnes et behov for at sykepleiere må bli flinkere å ta hensyn til det pasienten uttrykker nonverbalt. Sykepleier kan observere fysiske tegn til smerter som uro, grimaser eller ynking. Det kan derimot være utfordrende for en sykepleier som ikke er innom pasienten så ofte, å gjøre riktige observasjoner og fylle ut skjemaet. Her kan pårørende være en ressurs, siden det er de som kjenner pasienten best og kan observere tegn til smerte som sykepleieren ikke oppfatter. Pårørende som ikke har den samme helsefaglige forståelsen som helsepersonell, kan ha behov for at sykepleieren tar seg tid og forklarer. Pårørende må få god informasjon om generelle tegn til smerte, hva som er forventet, bli forklart tegn til virkning og mulige bivirkninger av medikament, og trygges. Samtidig må en være klare på at ansvaret ligger hos helsepersonellet og en bør ikke legge for mye press på pårørende. Det er en fordel at pårørende får kontaktinformasjon og relevante telefonnummer slik at de lett kan få hjelp.

### 5.3 Smertelindring

Det vil være vanskelig å fjerne alle smerter fullstendig. Det er derfor viktig at en har realistiske mål når det gjelder smertelindring. Pasientene i studien til Gibbins et.al (2014) forventet ikke å være helt fri for smerter, men ønsket å ha akseptable smerter som ikke hindret dem for mye i det daglige. Smertelindring er utfordrende, men målet bør være at pasienten skal ha lavest mulig nivå av smerter og andre plagsomme symptom (Kaasa, 2016, s.404).

Medikamentell smertelindring i palliativ fase blir oftest gitt subcutant på butterfly eller i smertepumpe, når pasienten ikke lenger klarer å ta medikamenter per os (Klepstad & Kaasa, 2016, s.435; Lindring i Nord, 2012, s.14). Smertepumpen gir en jevn tilførsel av medikament og skal skiftes en gang i døgnet, derfor er det viktig at hjemmesykepleien er presise. Molnes (2014) fant i sin studie at dette kunne være svært utfordrende og ressurskrevende i praksis. Smertepumpe krever flere ressurser, på grunn av dobbel-kontroll ved tillaging og administrering. Sykepleierne i studien til Staats et al. (2018) pekte på at det var vanskelig å få dobbelkontroll på nattevaktene. Det er i tillegg anbefalt at sykepleier er til stede og observerer effekt og eventuelle bivirkninger, spesielt ved oppstart og ved doseøkninger. Ved rask doseøkning kan pasienten få kvalme, døsighet, redusert kognitiv funksjon og påvirkning av respirasjonen (Kaasa, 2016, s.404). I praksis har jeg sett at mangelen på sykepleiere ute i kommunen kan gjøre dette utfordrende. Det er kjent og hyppig diskutert at hjemmesykepleien opplever et stadig tidspress, med mange oppdrag og lav bemanning.

Studier viser at helsepersonell kan være tilbakeholdne med å gi smertestillende legemidler, spesielt morfin, i frykt for bivirkninger som respirasjonsdepresjon og avhengighetsproblematikk (Granheim et al., 2015). Klare instruksjoner og tydelige ordinasjoner kan bidra til at helsepersonellet blir tryggere i å administrere slike medikamenter. Pasienter og pårørende bekrefter at effektiv lindring av symptom er viktig for at pasienten kan bo hjemme til han dør (Staats et al., 2018). For de pårørende kan det være vanskelig å se på at deres næreste har sterke smerter. Sykepleiere har uttrykt vansker med å bestemme når de skal velge å gi eller ikke gi smertelindring (Molnes, 2014). Videre har en sett at personlige meninger og erfaringer kan påvirke dette valget. Morfin, som er et sterkt opioid, må ofte administreres som bolusdose subcutant i tillegg til smertepumpen. Ved bruk av sterke smertestillende medikamenter kan tidligere død være en bivirkning. I praksis har jeg sett at sykepleiere har dette i bakhodet, og at de i noen tilfeller derfor er ekstra forsiktig med å gi. Intensjonen med smertebehandling er lindring av lidelse, men en fremskyndet død er en uønsket bivirkning (Mathisen & Steindal, 2021, s.123).

Medikamentskrinet (Vedlegg nr.5), som skal være tilgjengelig for å lindre symptom i terminal fase, er innført mange steder. Jeg har vært i praksis i hjemmetjenesten og har i den forbindelse diskutert bruken av skrinet. Min oppfatning er at det er et nyttig verktøy for å lindre akutte symptom hos pasientene, men at bruken av det varierer. For å ta i bruk legemidlene i skrinet er en avhengig av at ordinasjonene ligger klare, for at en skal kunne gi medikamentet i tide og på rett måte (Staats et al., 2018). Medikamentskrinet vil gjøre at hjemmesykepleien alltid har legemidlene tilgjengelig og dette kan medføre at det blir lettere å sette i gang behandling på kveld/helg. Det ble derimot pekt på utfordringene sykepleierne hadde med å stå alene om vurderingene når de sto i situasjonen. Dette er også noe studien til Aamold et al. (2020) underbygger.

I tillegg til medikamenter finnes det en rekke ikke-medikamentelle tiltak sykepleier kan sette i verk for å lindre symptom. I den siste fasen i livet er det viktig og nødvendig med god pleie og ikke-medikamentelle tiltak for smertelindring. Pasientene må få hjelp til å finne gode sitte- og liggstillinger. En må også endre leiet regelmessig. Dette kan forebygge og lindre trykksår, men også gi smertelindring og lette respirasjonen. Munnstell kan virke smertelindrende ved at det gir følelsen av velvære og demper tørstefølelsen (Skaug, 2021, s.137). I forbindelse med stell og pleie kan enkelte ha roende effekt av musikk i bakgrunnen. I praksis har jeg sett at berøring skaper kontakt og kan gi velvære for pasientene. Gjennom berøring kan sykepleieren vise omsorg, nærhet og gi en ro. Dette må skje i en naturlig setting, og en må vite at pasienten er komfortabel med dette. Berøring kan brukes som en metode for å avlede pasienten fra følelsen av ubehag og smerte (Kristoffersen & Breievne, 2021, s. 59).

#### 5.4 Kunnskap og kompetanse

I studien til Molnes (2014) kommer det frem at sykepleiere etterlyser faglig påfyll og muligheten til å få ny kunnskap. Dette kommer også frem i studien til Kuusisto et al. (2019), hvor de fant at ACP kunne bli mer brukt dersom helsepersonellet får kursing og opplæring i bruken. Dette underbygger også studien til Granheim et al. (2015), som fant at det var et gap mellom teoretisk kunnskap og praktisk handling blant sykepleiere og at det er behov for å styrke kompetansen på håndtering av smerter.

Jeg har erfart i praksis at det er svært ulik tilnærming til å vurdere smerter. Det er ofte prisgitt kunnskapene og erfaringene den sykepleieren som står i situasjonen innehar. Dette er noe også studien til Molnes (2014) understøtter. Videre har jeg observert at pasienter og pårørende blir ekstremt utrygge dersom de opplever sykepleieren som usikker. I verste fall har det medført at de ikke ønsker hjelp eller tilstedeværelse av hjemmesykepleien.

Sykepleieren må derfor fremstå trygg og stødig i situasjoner for at pasient og pårørende skal bli trygg på at de er godt ivaretatt. Samtidig må sykepleieren kjenne grenser for egen kompetanse og ikke handle utenfor sitt kompetanseområde. Dersom det er spesielle prosedyrer som skal utføres må en tilstrebe at sykepleierne får opplæring i dette, helst før pasienten skrives ut fra sykehus. Dette går også på prinsippet om faglig forsvarlighet, og er nedfelt i §4 i lov om helsepersonell. Denne sier at helsepersonell skal innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner og innhente bistand eller hjelp dersom det er noe en ikke har opplæring i eller erfaring med (Helsepersonelloven, 1999, §4).

## 6 Konklusjon

Hensikten var å finne svar på problemstillingen: «Hvordan kan sykepleier bidra til god smertelindring hos pasienter med langt kommet kreft i palliativ fase som ønsker å dø hjemme?». Funnene i studien viser at ved hjelp av planlegging, for eksempel bruk av «Advanced Care Planning/ACP», kan det oppnås en mer forutsigbar og planlagt behandlingsplan både for pasient, pårørende og helsepersonell. For å oppnå god pleie i livets slutfase og smertelindring er god kommunikasjon og gode relasjoner med pasient og pårørende viktig. Manglende kontinuitet i hjemmesykepleien kan virke negativt inn på dette relasjonsarbeidet.

I tillegg til ikke-medikamentelle tiltak som leieendring og munnstell, kan ESAS være et godt hjelpemiddel som kan bidra til bedre kartlegging av smerter hos pasienter med kreft.

Verktøyet kan gi muligheten til å observere utviklingen av smertene over tid. For at ESAS skal fungere i praksis må det benyttes regelmessig. Dersom en ikke tar i bruk kartleggingsverktøy, så kan mye være avhengig av personlige meninger, kunnskap og kompetanse hos den enkelte sykepleier.

Bruk av medikamentskrin med klare instruksjoner og tydelige ordinasjoner kan bidra til trygghet. For at oppfølgingen av palliative kreftpasienter i hjemmet skal være god, må sykepleierne være faglig oppdaterte og trygge. Manglende informasjon, kompetanse, faglig usikkerhet og utrygghet hos helsepersonellet kan føre til at pasienter som ønsker å få dø hjemme blir innlagt på sykehus. Opplæring i ACP, ESAS og spesielle prosedyrer er nødvendig både for trygghet og økt bruk. Samarbeid med palliativt team kan være en stor fordel.

Pleie av døende mennesker er og har alltid vært en sentral sykepleieroppgave og fokuset ligger på lindring av plagsomme symptom som for eksempel smerter. Målet med palliasjon i hjemmet er at pasienten skal få en verdig og forsvarlig avslutning på livet. Dersom sykepleier har et økt fokus på å legge til rette for hjemmedød, kan flere palliative kreftpasienter få muligheten til å dø i sitt eget hjem.



## Kildeliste

- Aamold, K., Grov, E. K., Rostad, H. M. (2020). Hjemmesykepleiers erfaringer når kreftpasienter ønsker å dø hjemme. *Klinisk Sygepleje*, 34 (1) 3-15. Doi: <https://10.18261/ISSN.1903-2285-2020-01-02>.
- Birkeland, A. & Flovik, A. M. (2018). *Sykepleie i hjemmet* (3. Utg.). Cappelen Damm Akademisk.
- Brenne, A-T. & Estenstad, B. (2016). Hjemmedød. I S. Kaasa & J. H. Loge (Red.), *Palliasjon – Nordisk lærebok*. (3. Utg., s.161-171). Gyldendal Akademisk.
- Dalland, O. (2019). *Metode og oppgaveskriving* (6. Utg.). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Danielsen, A., Berntzen, H. & Almås, H. (2017). Sykepleie ved smerter. I D. G. Stubberud, R. Grønseth & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie 1* (5. Utg., s. 381-427). Gyldendal Akademisk.
- Fjørtoft, A-K. (2016). *Hjemmesykepleie: Ansvar, utfordringer og muligheter* (2. Utg.). Fagbokforlaget.
- Fonn, M. (2020, 21. januar). Hjemmedød: – Flere burde få muligheten. *Sykepleien.no*.  
<https://sykepleien.no/2020/05/flere-kan-planlegge-hjemmedod>.
- Gibbins, J., Bhatia, R., Forbes, K. & Reid, C. M. (2014). What do patients with advanced incurable cancer want from the management of their pain? A qualitative study. *Palliative Medicine*, 28 (1) 71-78. Doi: 10.1177/0269216313486310.
- Granheim, T. H, Raaum, K., Christophersen, K-A. & Dihle, A. (2015). Sykepleieres og studenters kunnskap og holdninger til smerte og smertelindring hos vaksne. *Sykepleien Forskning*, 10 (4), 323-334. Doi: 10.4220/Sykepleienf.2015.55983.
- Grov, E. K. (2014). Pleie og omsorg ved livets slutt. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A.H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: god omsorg til den gamle pasienten* (2. Utg., s.522-537). Gyldendal Akademisk.

Grov, E. K. (2020). Pårørende. I A. M. Reitan & T. K. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie: pasient – utfordring – handling* (4. Utg., s.251-266). Cappelen Damm Akademisk.

Helsebiblioteket.no. (2016, 3. juni). *Sjekklistor*. Helsebiblioteket.no.  
<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistor>.

Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell m.v.* (LOV-1999-07-02-64). Lovdata.  
[https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64/KAPITTEL\\_2#KAPITTEL\\_2](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64/KAPITTEL_2#KAPITTEL_2).

Ihler, E. & Sæteren, B. (2019). Sykepleieres erfaringer med å bruke ESAS til å kartlegge symptomer hos kreftpasienter. *Sykepleien Forsking*, 14 (79585). Doi:10.4220/Sykepleienf.2019.79585.

Kaasa, S. (2016). Smertebehandling – generelle prinsipper. I S. Kaasa & J. H. Loge (Red.), *Palliasjon – Nordisk lærebok* (3. Utg., s.402-409). Gyldendal Akademisk.

Kaasa, S. & Loge, J. H. (2016). Palliativ medisin – en innledning. I S. Kaasa & J. H. Loge (Red.), *Palliasjon – Nordisk lærebok* (3. Utg., s.34-50). Gyldendal Akademisk.

Klepstad, P. & Kaasa, S. (2016). Opoider. I S. Kaasa & J. H. Loge (Red.), *Palliasjon – Nordisk lærebok* (3. Utg., s.429-439). Gyldendal Akademisk.

Knudsen, A. K. & Kaasa, S. (2016). Smertediagnostikk. I S. Kaasa & J. H. Loge (Red.), *Palliasjon – Nordisk lærebok* (3. Utg., s.387-401). Gyldendal Akademisk.

Kongsgaard, U. E. (2020). Smerter og smertebehandling. I A. M. Reitan & T. K. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie: pasient – utfordring – handling* (4. Utg., s.181-197). Cappelen Damm Akademisk.

Kristoffersen, N. J. & Breievne, G. (2021). Lidelse, mening og håp. I Kristoffersen, N. J., Skaug, E-A., Steindal, S. A. & Hjelmeland Grimsbø, G (Red.), *Grunnleggende sykepleie 3 – Pasientfenomener, organisasjon og kompetanseutvikling* (4. utg., 2021, s.45-104). Gyldendal Akademisk.

- Kreftforeningen. (2015). *Å dø hjemme – Erfaringer og muligheter* [Brosjyre].  
<https://kreftforeningen.no/content/uploads/2018/08/a-do-hjemme-a5-feb15-w.pdf>.
- Kreftregisteret (2021, 21 september). *Kreft i Norge*. Kreftregisteret.  
<https://www.kreftregisteret.no/Temasider/om-kreft/>.
- Kuusisto, A., Santavirta, J., Saranto, K., Korhonen, P. & Haavisto, E. (2019). Advance care planning for patients with cancer in palliative care: A scoping review from a professional perspective. *Journal of Clinical Nursing* 2020;29:2069-2082. Doi: 10.1111/jocn.15216
- Lindring i Nord (Universitetssykehuset Nord-Norge). (2012). *Håndbok i lindrende behandling*.
- Mathisen, J. & Steindal, S. A. (2021). Grunnleggende palliasjon og sykepleie ved livets avslutning. I Kristoffersen, N. J., Skaug, E-A., Steindal, S. A. & Hjelmeland Grimsbø, G (Red.), *Grunnleggende sykepleie 3 – Pasientfenomener, organisasjon og kompetanseutvikling* (4. utg., 2021, s.105-149). Gyldendal Akademisk.
- Molnes, S. I. (2014). Sykepleieres erfaringer med smertelindring til hjemmeboende kreftpasienter. *Nordisk sykeplejeforskning*, 4 (2 – 2014), 142-156. Doi: <https://doi-org.galanga.hvl.no/10.18261/ISSN1892-2686-2014-02-06>.
- Norsk Sykepleierforbund. (2019). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. NSF.no.  
<https://www.nsf.no/sykepleiefaget/yrkesetiske-retningslinjer>.
- Nortvedt, F. & Ljoså, T. M. (2021). Smerte – en personlig og sammensatt opplevelse. I Kristoffersen, N. J., Skaug, E-A., Steindal, S. A. & Hjelmeland Grimsbø, G (Red.), *Grunnleggende sykepleie 3 – Pasientfenomener, organisasjon og kompetanseutvikling* (4. utg., 2021, s.17-44). Gyldendal Akademisk.
- Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Nordheim, L. V., Reinart, L. M. & Graverholt, B. (2012). *Jobb kunnskapsbasert!: en arbeidsbok* (2. utg.). Akribe.
- Norås, I. L. (2020). Kreftsjukepleie i heimen. I A. M. Reitan & T. K. Schjølberg (Red.), *Kreftsjukepleie: pasient – utfordring – handling* (4. Utg., s. 104-119). Cappelen Damm Akademisk.

NOU 2017: 16. (2017). *På liv og død: palliasjon til alvorlig syke og døende*. Helse- og omsorgsdepartementet.

Odland, L-H. (2016). Menneskesyn. I B. S. Brinchmann (Red.), *Etikk i sykepleien* (4. utg., 2016). Gyldendal Akademisk.

Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63/#KAPITTEL\\_3](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63/#KAPITTEL_3).

Reitan, A. M. (2020). Klinisk kommunikasjon. I A. M. Reitan & T. K. Schjøberg (Red.), *Kreftsykepleie: pasient – utfordring – handling* (4. Utg., s. 104-119). Cappelen Damm Akademisk.

Reitan, A. M. (2020). Kreftsykepleie. I A. M. Reitan & T. K. Schjøberg (Red.), *Kreftsykepleie: pasient – utfordring – handling* (4. Utg., s. 35-49). Cappelen Damm Akademisk.

Roald, B., Sauer, T. & Klepp, O. (2021, 21. mai). *Kreft*. Store medisinske leksikon. <https://sml.snl.no/kreft>.

Rosland, J. H. & Tjølsen, A. (2016). Grunnleggende smertepatofysiologi. I S. Kaasa & J. H. Loge (Red.), *Palliasjon – Nordisk lærebok* (3. Utg., s. 328-353). Gyldendal Akademisk.

Russnes, H. G., Haakensen, V. D. & Helland, Å. (2020). Tumorbiologi. I E. Schlichting & E. Wist (Red.), *Kreftsykdommer – en basisbok for helsepersonell* (5.utg., s.48-62). Gyldendal Akademisk.

Røkenes, O. & Hanssen, P.-H. (2012). *Bære eller breste - Kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker*. Fagbokforlaget.

Skaug, E-A. (2021). Personlig hygiene. I Kristoffersen, N. J., Skaug, E-A., Steindal, S. A. & Hjelmeland Grimsbø, G (Red.), *Grunnleggende sykepleie 2 – Grunnleggende behov og helse* (4 utg., 2021, s.109-146). Gyldendal Akademisk.

Sollid, S. M. H. (2020). NORPAL. I *Omsorg – Nordisk tidsskrift for palliativ medisin* (Nr.2-2020). Fagbokforlaget.

Staats, K., Tranvåg, O. & Grov, E. K. (2018). Home care nurses' experience with medication kit in palliative care. *Journal of hospice & palliative nursing*. Doi: 10.1097/NJH.0000000000000518.

Thidemann, I.-J. (2020). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter – Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving* (2. Utg.). Universitetsforlaget.

Trier, E. L. (2019). Palliativ omsorg og sykepleie. I U. Knutstad (Red.), *Utøvelse av klinisk sykepleie – Sykepleieboken 3* (3. Utg., s.850-895). Cappelen Damm Akademisk.

Utne, I. (2020). Håp i et kreftforløp. I A. M. Reitan & T. K. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie: pasient – utfordring – handling* (4. Utg., s. 67-81). Cappelen Damm Akademisk.

Utne, I. & Nakken, E. (2019). Sykepleie i et kreftforløp. I U. Knutstad (Red.), *Utøvelse av klinisk sykepleie - Sykepleieboken 3* (3. Utg., s.104-146). Cappelen Damm Akademisk.

Wist, E. (2020). Historie og utvikling. I E. Schlichting & E. Wist (Red.), *Kreftsykdommer – en basisbok for helsepersonell* (5.utg., s.31-33). Gyldendal Akademisk.

## Vedlegg

### 1 Vedlegg – PICO-skjema

Patient/Problem	Intervention/Tiltak	Comparison	Outcome/Utfall
Palliative care	Pain measurement		Quality of life
Palliative patient	Pain assessment		Life quality
Palliative	ESAS		Pain relief
End of life care	Edmonton symptom assessment scale		Well being
Pain	Analgesi*		Pain management
Cancer	Nursing care		Pain control
	Nursing intervention		ACP
			Advanced care planning
			Home death

## 2. Vedlegg – Oversikt over søk

Søk	Database	Dato for søk	Årstall (publisering)	Søkeord	Treff	Valgt artikkel
1	Academic Search Elite, Cinahl og Medline (EBSCO)	29.05 .21	2018	(Medication kit or medication) <b>AND</b> palliative care <b>AND</b> home care nursing	112	“Home-care nurses experience with medication kit in palliative care”
2	Academic Search Elite, Cinahl og Medline (EBSCO)	31.05 .21	2019	(palliation or palliative care or palliative nursing) <b>AND</b> (cancer patients or oncology patients or patients with cancer) <b>AND</b> (advanced care planning OR ACP)	407	“Advance care planning for patients with cancer in palliative care: A scoping review from a professional perspective”

3	Academic Search Elite, Cinahl og Medline (EBSCO)	15.10.21	2014	(palliation or palliative care or palliative nursing) <b>AND</b> (cancer patients or oncology patients or patients with cancer or cancer) <b>AND</b> (patient perspective or patient experience or patient view or patient perceptions) <b>AND</b> (pain management or pain relief or pain control or pain reduction or managing pain or analgesia)	409	«What do patients with advanced incurable cancer want from the management of their pain? A qualitative study».
4	Fått tilsendt	21.05.21	2020			Nr 4 «Hjemmesykepleiers erfaringer når kreftpasienter ønsker å dø hjemme».
5	Oria	31.05.21	2014	Smerte, kreft, hjemmesykepleie	37	Nr 3 «Sykepleieres erfaringer med smertelindring til hjemmeboende kreftpasienter»
6	SveMed +	03.11.21	2019	Palliative care, nurse, cancer	12	Sykepleieres erfaringer med å bruke ESAS til å kartlegge symptomer hos kreftpasienter



## 3. Vedlegg – Litteratormatrise

Tittel på artikkel. Forfatter. Årstall.	Studiedesign og deltagere	Formål	Resultat/Funn
<p>Advance care planning for patients with cancer in palliative care: A scoping review from a professional perspective. Anne Kuusisto, Jenni Santavirta, Kaija Saranto, Päivi Korhonen, Elina Haavisto (2019).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Systematisk oversikt.</li> <li>• Gjennomgang av 739 studier, hvorav 12 studier ble inkludert. De 12 studiene er gjennomført i den vestlige verden, og gir derfor et godt bilde på hvordan bruken av ACP er internasjonalt.</li> <li>• Deltakerne i studiene var sykepleiere, annet helsepersonell og sosialarbeidere.</li> </ul>	<p>Å beskrive «Advance care planning» (ACP) for kreftpasienter fra et faglig perspektiv, for å avdekke hvordan og i hvilken grad ACP ble benyttet for å forbedre pasientens forløp.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Samtaler om ACP forekom sjelden og ofte på et for sent stadiet i pasientforløpet.</li> <li>• Dokumentasjonen var spredd og vanskelig å finne.</li> <li>• Deltakerne hadde manglende kunnskap om ACP, og at det ikke var etablert praksis for å benytte seg av ACP.</li> <li>• Kursing og utdanning innen ACP er viktig for å fremme bruken av slike planer. Det er også viktig at innholdet er standardisert slik at praksisen blir mest mulig lik uavhengig av hvem tjenesteyter er.</li> </ul>

<p><b>Home care nurses' experience with medication kit in palliative care.</b> Katrine Staats, Oscar Tranvåg, Ellen Karine Grov (2018).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kvalitativ studie.</li> <li>• Kombinasjon av fokusgruppeintervju og individuelle intervju.</li> <li>• Utført i Norge.</li> <li>• Deltagerne var 18 sykepleiere fra hjemmetjenesten i 5 ulike kommuner i Norge.</li> </ul>	<p>Å øke forståelsen for sykepleiere i hjemmesykepleiens erfaringer med bruk av medikamentskrinet for å lindre symptom hos terminale pasienter.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Planlegging, samarbeid, fordeling av ansvar og klare ordinasjoner fra lege var med på å skape gode rammer rundt bruk av medikamentskrinet.</li> <li>• Tilgjengeligheten på ressurser og et godt samarbeid med en fastlege som er tilgjengelig fremmer faglig god bruk av medikamentskrinet.</li> <li>• Det kom frem at sykepleierne ofte følte seg alene om ansvaret.</li> <li>• Konklusjonen var at medikamentskrinet kan være et nyttig verktøy for palliasjon i hjemmet. Klare strukturer og innarbeidede rutiner på arbeidsplassen kunne være med på å trygge sykepleierne og kunne på den måten føre til økt bruk.</li> </ul>
<p><b>Sykepleieres erfaringer med smertelindring til hjemmeboende kreftpasienter.</b> Svein Inge Molnes (2014).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kvalitativ studie.</li> <li>• Gjennomført ved semistrukturerte individuelle intervjuer.</li> <li>• Utført i Norge.</li> <li>• Deltagere var 10 sykepleiere som jobber i hjemmesykepleien i forskjellige distrikter i Midt-Norge.</li> </ul>	<p>Å finne ut hvordan sykepleierne opplever kompetansen i smertelindring til kreftpasienter som bor hjemme.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Det er en utfordring å gi tilfredsstillende smertelindring.</li> <li>• Kompetansen i kommunehelsetjenesten varierer.</li> <li>• Konklusjonen var at det må fokuseres mer på symptomlindring og god kommunikasjon mellom pasient, pårørende og helsepersonell. Det er også viktig med kompetanseheving i form av videreutdanning og kursing for å imøtekomme denne pasientgruppens behov i kommunehelsetjenesten.</li> </ul>

<p><b>Hjemmesykepleiers erfaringer når kreftpasienter ønsker å dø hjemme.</b> Kristin Aamold, Ellen Karine Grov og Hanne Marie Rostad (2020).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kvalitativ studie.</li> <li>• Fokusgruppeinter- vju som metode. Mål var å innhente data om erfaringer eller holdninger fra et miljø der mange samhandler.</li> <li>• Utført i Norge.</li> <li>• Deltagere var 10 sykepleiere som jobbet i to ulike distrikt i en by på Østlandet.</li> </ul>	<p>Å undersøke hvilke utfordringer sykepleiere i hjemmetjene sten opplever når de skal ivareta kreftpasiente r som ønsker å dø i eget hjem.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sykepleiere i møte med kreftpasienter som ønsker å dø i eget hjem opplevde det utfordrende å ivareta pasientens behov for nærhet samtidig som de skulle beskytte eget behov for distanse.</li> <li>• Sykepleiere følte ofte at de sto alene og måtte ofte ta på seg en koordinatorrolle på grunn av uavklarte ansvarsområder og lite kontinuitet rundt pasienten.</li> <li>• Det er behov for ordninger som sørger for faglig og personlig støtte til sykepleiere.</li> <li>• Veiledninger og avsatt tid kan skape refleksjon og føre til økning i kompetanse</li> </ul>
<p><b>What do patients with advanced incurable cancer want from the management of their pain? A qualitative study.</b> Jane Gibbins, Rebecca Bhatia, Karen Forbes og Colette M. Reid (2014).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kvalitativ studie.</li> <li>• Semistrukturerte individuelle intervju.</li> <li>• Utført i England.</li> <li>• Deltagere var 12 pasienter med langtkommen kreft.</li> </ul>	<p>Å undersøke hva pasienter med langtkommen kreft vektlegger når de vurderer om smertene er akseptable eller ikke. I tillegg ville en se på hvordan/om de samtaler med helsepersone ll om smertene sine.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasientene rangerte smertene sine ut fra hva de klarte å utføre eller ta del i av hverdagslige aktiviteter.</li> <li>• Pasientene opplevde ikke numeriske skalaer som nyttige for å rangere smertene.</li> <li>• Flere av pasientene var klare på at det kunne være vanskelig å si fra om smertene, med mindre helsepersonellet spurte direkte om det.</li> </ul>

<p><b>Sykepleieres erfaringer med å bruke ESAS til å kartlegge symptomer hos kreftpasienter.</b> Elise Marie Ihler &amp; Berit Sæteren (2019).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kvalitativ studie.</li> <li>• Semistrukturerte individuelle dybdeintervju.</li> <li>• Utført i Norge.</li> <li>• Deltagerne var 6 sykepleiere fra to ulike kreftsengeposter på et sykehus i Helse Sør-Øst. Deltagerne skulle ha kunnskap om og erfaring med bruk av ESAS i praksis.</li> </ul>	<p>Å undersøke sykepleieres erfaringer med bruk av ESAS for å kartlegge symptom hos pasienter med kreft i palliativ fase.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ESAS beskrives som et nyttig verktøy for å kartlegge symptom hos pasientene, når det brukes regelmessig. Bruken er likevel svært variabel i praksis.</li> <li>• Bruken i praksis kan forbedres ved; <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tydeliggjøring og innføring av rutiner for bruken.</li> <li>- Økt søkelys på ESAS i undervisning for å gi en felles forståelse av formål, relevans og bruk av skjemaet.</li> <li>- Bevisstgjøring av den enkelte sykepleiers ansvar for å bruke ESAS.</li> <li>- Engasjement fra ledelse og ressurspersoner kan fremme rutinemessig bruk av ESAS.</li> </ul> </li> </ul>
--	---	---	--

## 4. Vedlegg - ESAS skala



## Edmonton Symptom Assessment System (ESAS)

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

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

Pasientens navn: \_\_\_\_\_

Dato: \_\_\_\_\_

Tidspunkt: \_\_\_\_\_

Fyll ut av (sett et kryss):

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

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

## 5. Vedlegg - Oversikt over legemidler i medikamentskrinet



### De 4 viktigste medikamenter for lindring i livets slutfase

Indikasjon	Medikament	Dosering	Maksimal døgndose	Adm. måte
Smerte,  Dyspné	<b>Morfin eller Oksykodon</b> (opioidanalgetikum)	<u>Smerte</u> : 2,5-5 mg eller 1/6 av døgndosen (po:sc = 3:1) <u>Dyspné</u> : 1-2,5* mg Gjentas ved behov, inntil hvert 30. min	avhengig av effekten (sjelden > 400 mg)	<b>sc</b> = <b>subkutant</b>
Angst, uro, panikk, Dyspné, muskelrykn., kramper, agitert delir	<b>Midazolam</b> (benzodiazepin, sedativum)	1 mg til gamle/skrøpelige, ellers start med 2-2,5 mg Gjentas ved behov, inntil hvert 30. min (titrering)	avhengig av effekten (sjelden > 20 mg)	<b>sc</b>
Kvalme uro, agitasjon, delir	<b>Haloperidol</b> (Haldol <sup>®</sup> , lavdoseneuroleptikum)	0,5-2 mg x 2 (mot kvalme) 2 mg x 3-5 (mot uro/agitasjon)	10 mg	<b>sc</b>
Surkling i øvre luftveier, ileus, kolikk	<b>Glykopyrron,</b> (Robinul <sup>®</sup> , antikolinergikum)	0,2 mg inntil 1x/t, maks x 6 / d	1,2 mg (sjelden nødvendig) ev. KSCI	<b>sc</b>

\*Dersom pasienten bruker opioider mot smerter brukes samme behovsdosering mot dyspné

Obs: Både midazolam og glykopyrron brukes her utenfor godkjent indikasjonsområde.  
Vedlagte behandlingsalgoritmer bygger hovedsakelig på erfaring. Bruken kan støttes ved ekstrapolering av forskning på pasientgrupper som ikke er døende.  
Legen skal være klar over sitt ansvar når medikamenter brukes utenfor godkjente indikasjoner.



# Høgskulen på Vestlandet

## Bacheloroppgave i sykepleie

SK152

### Predefinert informasjon

<b>Startdato:</b>	09-12-2021 09:00	<b>Termin:</b>	2021 HØST
<b>Slutt dato:</b>	13-12-2021 14:00	<b>Vurderingsform:</b>	Norsk 6-trinns skala (A-F)
<b>Eksamensform:</b>	Bacheloroppgave i sjukepleie	<b>Studiepoeng:</b>	15
<b>Flowkode:</b>	203 SK152 1 O 2021 HØST		
<b>Intern sensor:</b>	Anne Marie Sanduoll		

### Deltaker

<b>Kandidatnr.:</b>	209
---------------------	-----

### Informasjon fra deltaker

<b>Antall ord *:</b>	7819
----------------------	------

Sett hake dersom Ja  
besvarelsen kan brukes  
som eksempel i  
undervisning?:

Jeg bekrefter Ja  
innlevering til  
biblioteket \*:

Egenerklæring \*: Ja  
Inneholder besvarelsen Nei  
konfidensielt  
materiale?:

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

### Gruppe

**Gruppenavn:** (Anonymisert)  
**Gruppenummer:** 1  
**Andre medlemmer i gruppen:** Deltakeren har innlevert i en enkeltmannsgruppe

Jeg godkjenner autalen 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