



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGÅVE

Palliasjon hjå heimebuande pasientar med kreft

Palliation in patients living at home with cancer

Kandidatnummer: 304

Bachelor i sjukepleie

Fakultet for helse- og sosialvitenskap/institutt for helse-og omsorgsvitenskap

Innleveringsdato 12/12/22

Eg stadfestar at arbeidet er sjølvstendig utarbeida, og at referansar/kjeldetilvisingar til alle kjelder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 12-1.

Samandrag

Tittel: Palliasjon hjå heimebuande pasientar med kreft

Bakgrunn for val av tema: I 2021 var det registrert 36 998 menneske med kreftsjukdom i Noreg. Talet krefttilfelle vil forsetje å auke fram mot år 2040. Årsaka er auke i høgare levealder og større befolkning. På grunn av meir avinstitusjonalisering og desentralisering viser utviklinga der folk bur heime lenger, fleire mottak helsehjelp i heimen og oppgåver frå spesialhelsetenesta blir forskyvd over til kommunehelsetenesta. Hensikta med oppgåva var dermed å auke kunnskap om korleis ein som sjukepleiar kan ivareta heimebuande pasientar råka av ein kreftsjukdom i palliativ fase.

Problemstilling: «Korleis kan sjukepleiarar ivareta heimebuande pasientar med kreft i palliativ fase?»

Metode: I oppgåva er litteraturstudie nytta som metode ved svar på oppgåva. Teorien som er nytta kjem frå pensumbøker, og anna relevant teori og forskning henta frå Cinahl, Medline, Academic Search Elite, Oria og sykepleien. I tillegg har eg nytta nettsider med relevant teori som kreftforeininga, folkehelseinstituttet og Regjeringa.

Konklusjon: Det er fleire faktorar som spelar inn for å kunne ivareta heimebuande pasientar med kreft. Det krevjar kompetanse hjå sjukepleiar, både innan symptomlindring, og særskilt smertelindring, observasjonskompetanse og kommunikasjonsferdigheit. Relasjon spelar ein viktig rolle ved trygghet hjå pasienten, og samt kontinuitet hjå personalet gjer at symptom og plagar lettare vert sett og pasienten sjølv kan føle seg trygg til å uttrykkje tankar og kjenslar.

Nøkkelord: Heimebuande pasientar, kreftsjukdom, palliativ pleie, livets slutfase

Abstract

Title: Palliation in patients living at home with cancer

Background for choosing the theme: In 2021, 36 988 people with cancer were registered in Norway. The number of cancer cases will continue to increase towards the year 2040. The reason is increased life expectancy and a larger population. Due to more deinstitutionalisation and decentralisation, developments show that people are living at home longer, more people are receiving health care at home and tasks from the specialist health service are being moved to the municipal health service. The purpose of the assignment was thus to increase knowledge about how a nurse can look after patients living at home who suffer from cancer in the palliative phase.

Thesis question: "How can nurses care for patients living at home with cancer in the palliative phase?"

Method: In the thesis, literature study is used as a method for answering. The theory used comes from textbooks, and other relevant theory and research obtained from Cinahl, Medline, Academic Search Elite and Oria. In addition, I used websites with relevant theory such as the Cancer Society, the Norwegian Institute of Public Health and the Government.

Short summary and conclusion: There are several factors that play a role in being able to care for patients living at home with cancer. It requires expertise on the part of the nurses, both in symptom relief, and especially pain relief, observation skills and communication skills. Relationships play an important role in the safety of the patient, and continuity with the staff means that symptoms and ailments are easier to see and the patient himself can feel safe to express thoughts and feelings.

Key words: patients living at home, cancer, palliative care, end of life

Innholdsliste

1.0 Innleiing	1
1.1 Bakgrunn for val av tema og problemstilling	2
1.2 Presentasjon av tema	2
1.3 Problemstilling	2
1.4 Avgrensing av problemstilling	2
1.5 Omgrepsforklaring.....	3
1.6 Disposisjon av oppgåva	3
2.0 Metode	4
2.1 Kva er metode?.....	4
2.2 Litteraturstudie som metode	4
2.3 Søkjeprosessen.....	4
2.5 Val av litteratur.....	5
2.6 Kjeldekritikk	5
3.0 Teori	6
3.1 Sjukepleie til kreftsjuke	6
3.2 Palliativ fase	7
3.3 Observasjonskompetanse	8
3.4 Smertelindring og smertekartlegging	9
3.5 Kommunikasjon og relasjon.....	10
3.6 Verdig død	11
3.7 Pårørande	12
4.0 Resultat og funn	13
4.1 Relevant forskning	13
5.0 Drøfting	16
5.1 Observasjonskompetanse og symptomlindring.....	16
5.2 Tid og ressursar.....	17
5.3 Kartlegging som bakgrunn for god smertelindring.....	18
5.4 Relasjonelle ferdigheitar	19
5.5 God kommunikasjon og tilstrekkeleg ferdigheitar.....	20
5.6 Pårørande som ressurs, støtte og samarbeidspartnar	21
6.0 Konklusjon	22
Litteraturliste	24
Vedlegg	28

1.0 Innleiing

I 2021 var det registrert 36 998 menneske med kreftsjukdom i Noreg (Kreftregisteret, 2022). Talet krefttilfelle vil forsetje å auke fram mot år 2040. Årsaka er auke i høgare levealder og større befolkning. Sjukdom med ukontrollert celledeling er eit samleomgrep for kreft. Kreftcelle kan spreia til andre delar av kroppen gjennom blod og lymfesystem (Folkehelseinstituttet, 2022). Kreft er ein sjukdom som mange fryktar, og kan forbindast med tankar om smerte og død (Lorentsen & Grov, 2020, s. 398-399). Å bli råka av kreftsjukdom er ein belastning i seg sjølv, og den vert enda større om ein får vite at sjukdommen ikkje er kurerbar. Inkurabel sjukdom rammar ikkje berre pasienten, men også pårørande. Palliasjon har som hovudmål å oppretthalde eller betre livskvalitet og er dermed ulik frå behandling som har som mål å kurere (Kaasa & Loge, 2018, s. 41). Palliativ fase er ein prosess som startar når det erkjennast at sjukdommen ikkje er kurerbar, og vert avslutta ved pasientens død (Grov, 2018, s. 523). Ved palliasjon må heimetenesta utøve smertelindring, redusere kvalme, følgje opp ernæring, samt dekkje dei åndelege og eksistensielle behova hos pasientane (Fermann & Næss, 2018, s. 243). Pasient – og brukarrettigheitslova §2-1a (1999) omhandlar retten til naudsynt helse- og omsorgstenester frå kommunen. Såleis vil palliativ pleie og omsorg vere ein rett pasienten har, som kommunen og heimetenesta har plikt å utøve (Molven, 2015, s. 74).

Dei fysiologiske behova i livets slutfase kan vere ei utfordring. Heimetenesta har eit ansvar ovanfor alle pasientar i ulike livsfasar og livssituasjonar. Framtidas primærhelseteneste beskriv behovet for heilskapleg helse- og omsorgstenester i kommunen, då med fokus på auka kompetanse, betre leiing og teamorganisering (NOU, 2017:16, s. 97). Sjukepleie til pasientar med kreft, krev blant anna god kompetanse innan palliasjon og smertelindring hjå sjukepleiarane. Utifrå eit slikt samfunnsperspektiv, vil dette krevje betre kompetanse innan smertelindring og observasjonskompetanse knytt til palliativ sjukepleie. Dette er naudsynt kompetanse, som kommunen må ha i sitt helsetenestetilbod. Det vert difor viktig å belyse korleis ein som sjukepleiar kan ivareta palliativ pleie for heimebuande pasientar, med kreft i livets slutfase.

1.1 Bakgrunn for val av tema og problemstilling

Gjennom min praksis og arbeid i heimetenesta har eg møtt fleire palliative pasientar med kreft. Eg har blitt inspirert av kollegaer som verkeleg viser omsorg ovanfor denne pasientgruppa, og særleg måten dei møter pårørande på i slike situasjonar. Dette motiverer meg til å lære meir om palliativ sjukepleie for heimebuande pasientar med kreft, slik at eg både vert fagleg tryggare og kan utvikle mi evne til god omsorg for denne pasientgruppa.

1.2 Presentasjon av tema

Temaet i mi oppgåve er pasientar med kreft i livets slutt fase. Stadig fleire ynskjer å vere heime lengst mogleg og har behov for sjukepleie i eigen heim. Heimetenesta har fått ein sentral plass i helsetenestetilbodet til befolkninga. Avinstitusjonalisering og desentralisering viser utviklinga der folk bur heime lenger, fleire mottok helsehjelp i heimen og oppgåver frå spesialhelsetenesta blir forskyvd over til kommunehelsetenesta (Fjørtoft, 2016, s. 18). Som sjukepleiar i kommunehelsetenesta, vert det viktig å ha god kunnskap om lindrande behandling og palliativ omsorg, og her særskilt til heimebuande pasientar med kreft i livets slutfase.

1.3 Problemstilling

«Korleis kan sjukepleiarar ivareta heimebuande pasientar med kreft i palliativ fase?»

1.4 Avgrensing av problemstilling

I denne oppgåva vil eg fokusera på heimebuande pasientar som er over 60 år, råka av kreft og er i livets slutfase. Pasientane bur heime saman med vaksne pårørande. Pårørande i oppgåva kan vere enten ektefelle og/eller vaksne barn. Pasientane i oppgåva er ikkje av bestemt kjønn og er uavhengig av krefttypar. Eg har valt å vektlegge den palliative fasen hjå heimebuande pasientar den siste tida i eigen heim, ein kort periode før døden inntreff. Den kurative behandlinga er avslutta og lindring gjenstår. Pasienten er i stand til å kommunisere.

Eg vil ikkje ta for meg heimedød i oppgåva. Eg har heller valt å fokusera på best mogleg smertelindring, kommunikasjon og relasjon, samt pleie, omsorg og livskvalitet til pasienten. Dei pårørande vil også bli nemnde i oppgåva, då dei er ein viktig ressurs og samarbeidspartnar, både for pasienten og heimetenesta.

1.5 Omgrepsforklaring

Palliativ pleie – Behandling og omsorg retta mot den alvorleg sjuke og døyande pasienten, samt reaksjonar på sjukdommen, fysisk, sosialt og eksistensielt (NOU 2017:16, s. 10).

Kreft - Sjukdom med ukontrollert celledeling er eit samleomgrep for kreft. Kreftcelle kan spreia til andre delar av kroppen gjennom blod og lymfesystem (Folkehelseinstituttet, 2022).

Symptomlindring – Lindring av ulike symptom som truar fysiologiske behov. Lindring av symptom slik at pasienten får frigjort energi til å leve det livet han ynskjer (Sæteren, 2017, s. 230).

Livets slutfase – Når døden nærmar seg, og levetida att er betydeleg redusert, ofte definert som veker eller dagar (NOU 2017:16, s. 20).

1.6 Disposisjon av oppgåva

Innleiingsvis startar oppgåva med ein presentasjon av tema og problemstilling. Vidare vert det presisert ei klargjering for val av tema og problemstilling, samt avgrensing av problemstilling. Del to inneheld metodedelen, her vert det presentert litteraturstudie som metode og korleis eg har gjort søk etter forskning som relaterer til problemstillinga. Vidare kjem det ein teoridel som del tre. Denne delen tar for seg teoretisk fagstoff, som er relevant kring problemstillinga mi. I del fire vert forskning presentert for å belyse problemstillinga. Deretter kjem drøftingsdelen av problemstillinga, knytt opp mot teori og forskning. I denne delen vil eg også synleggjere mine egne erfaringar, kring tema og problemstilling. I del seks har eg ei oppsummering med konklusjon på kva som er kome fram i løpet av oppgåva mi. Avslutningsvis har eg med litteraturliste.

2.0 Metode

2.1 Kva er metode?

Dalland (2021, s. 53) viser til Aubert Vilhelm sit sitat som beskreib metode slik «*Ein framgangsmåte, eit middel til å løyse problem og kome fram til ny kunnskap. Eit kva som helst middel som tener formålet, høyrer med i arsenalet av metodar*». Det er behov for ulike metodar for å få fram ny kunnskap, samt søkje etter om påstandar er sanne, gyldige eller haldbare. Metode hjelp oss i søkje etter svar vi ynskjer å undersøkje. Det er vanleg å dele metode inn i kvantitative og kvalitative metodar. Kvantitative metode er analyse av målbare resultat. Medan kvalitative metodar resulterer i meiningar og opplevingar, som ikkje kan målast i tal (Dalland, 2021, s. 54).

2.2 Litteraturstudie som metode

Litteraturstudie er valt som metode i oppgåva, då artiklane som vert nytta er data samla frå andre, eksisterande kjelder. Data frå bøker, tidsskrift, databasar og liknande er allereie eksisterande kjelder (Thidemann, 2020, s. 75). Difor vert det naturleg å bruke litteraturstudie som metode. Hensikta i ein litteraturstudie er å gje lesaren forståing av kunnskapen knytt til området som vert etterspurt i problemstillinga, samt beskrive korleis ein har kome fram til denne kunnskapen. Metodane som nyttast ved å skaffe litteratur og forskning til oppgåva, er primært å søkje i databasar og ved manuell søking (Thidemann, 2020, s. 81).

2.3 Søkjeprosessen

Ved starten av søkjeprosessen sette eg fyrst opp eit PICO-skjema. På den måten fekk eg delt opp problemstillinga eg har valt og den vert meir presis og strukturert (vedlegg 1). Eg fann engelske synonymord til kvart av omgrepa ved å nytte SveMed+. I søkjeprosessen vart nettsida EBSCO nytta, og inkluderte resultatata frå Cinahl, Academic Search Elite og Medline. Eg nytta alle synonymorda frå SveMed+, og filtrerte søket til artiklar frå 2018-2022. Ettersom det var fleire artiklar i dette søket, valde eg å lese på dei eg såg som mest relevante for oppgåva mi. Forskinga eg valte ut er relevant og tilfredsstillande til problemstillinga mi. Ved

bruk av orda: *palliativ behandling, kreftpasientar og livets sluttfase* i Oria, søk på biblioteket til hvl.no og sykepleien.no, fann eg tre artklar. Eg brukte både engelske og norske søkjeord, og fekk såleis henta inn fleire relevante artklar til problemstillinga (vedlegg 2). Eg har avgrensa aldersgruppa til 60+ år, men eg filtrerer ikkje etter kjønn og har med begge kjønn for å få fram ein betre og meir relevant forskning. Under hovudemnet filtrerte eg med søkjeorda: *terminal care, cancer patients, palliative care og home health care*, for å spisse det meir inn mot problemstillinga. Eg håpar at ved å filtrere forskinga til Europa, nærmare bestemt UK og Irland, får synleggjort meir lik behandling som den norske behandlinga inneheld. Dette er viktig ettersom eg ynskjer å samanlikne med Noreg, som er mest relevant for mi oppgåve, sidan det er her eg bur og arbeidar. Oversikt over litteraturmatrise ligg i vedlegg 3.

2.5 Val av litteratur

Etter å ha lese aktuelle pensumbøker, valde eg ulike litteratur som inneheldt relevant teori om kreft, sjukepleie til kreftpasientar, heimeteneste og palliasjon. Døme på litteratur eg har valt er: «Palliasjon» av Kaasa og Loge (2018), som omhandlar lindrande behandling og pleie av pasientar med uhelbredeleg sjukdom. «Hjemmesykepleie» av Fjørtoft (2016) har eg også nytta, i tillegg til «Klinisk sykepleie 1 og 2» av Stubberud, Grønseth og Almås (2020), som hadde mykje relevant teori om klinisk sjukepleie. Anna litteratur eg har nytta er: Grov og Holter (2015) si bok om «Grunnleggande kunnskap i klinisk sjukepleie», samt «Geriatrisk sjukepleie» av Kirkevold, Brodtkorb og Ranhoff (2018). I tillegg har eg nytta relevante og viktige nettsider som Kreftforeininga, Folkehelseinstituttet og Regjeringa.

2.6 Kjeldekritikk

Kjeldekritikk vurderer og karakteriserer litteraturen ein nyttar og gjer greie for kva kriterium ein har nytta under utveljinga. Gjennom kjeldekritikk skal ein kunne vurdere og belyse i kva grad litteraturen som nyttast, kan brukast til å beskrive og belyse problemstillinga (Trygstad & Dalland, 2021, s. 152). All teori og forskning som kan nyttast i skriftleg arbeid er kjelde, og det stillast krav til korleis søket etter desse vert gjort. Som skivar må eg vurdere, gjere greie

for kjeldene og presisere korleis eg nyttar desse (Trygstad & Dalland, 2021, s. 139). Det finst mykje forskning innan palliativ behandling. For å då skaffe meg den mest oppdaterte og relevante forskinga for problemstillinga mi, har eg valt å vektlegge forskinga av nyare dato. Forskinga skal ikkje vere eldre enn ti år. Bøkene som vert nytta i oppgåva er pensumbøker og ikkje eldre enn 10 år. Dette for å få mest mogeleg oppdatert forskning og teori. I forskingssøket nytta eg IMRaD-strukturen. Med det meinast at det er ein vitskapeleg artikkel. IMRaD-strukturen kan gjere det enklare å orientere seg i forskinga, samt gjere at lesinga går raskare (Trygstad & Dalland, 2021, s. 157). Artikkane har eit abstrakt med samandrag innleiingsvis. Ved å lese dette skaffa eg meg difor raskt ein oversikt over om denne artikkelen var aktuell for mi problemstilling. Eg har også nytta meg av sjekklista til *Jobb kunnskapsbasert* (Nortvedt, et al., 2017, s.90-91). Etersom eg også nyttar ein engelsk artikkel, tek eg ansvar for moglege feil ved omsetjinga i forskinga, frå engelsk til norsk.

3.0 Teori

3.1 Sjukepleie til kreftsjuke

Mathisen viser til Virginia Henderson si beskriving som handlar om at utøving av god sjukepleie er å ivareta pasientane sitt grunnleggjande behov under sjukdommen på same måte som pasienten sjølv ville gjort om han hadde hatt styrke, kreftar eller vilje til å meistre situasjonen (Mathisen, 2015, s. 120). Pasientar som nyleg har fått ein kreftdiagnose, samt deira pårørande, er i ein sårbar og stressa situasjon. Sjukepleiar bør difor opparbeide seg ein omsorgsfull relasjon mellom pasienten og pårørande, vise dei respekt, empati og mot då dette er avgjerande for betydinga av livskvaliteten og helsa til pasienten vidare. At ein som sjukepleiar er bevisst på eigne haldningar, åtferd og ordbruk i samtalar med pasienten, kan vere medverkande kring pasienten si oppleving av håp eller mismot. Ein sjukepleiar som viser kunnskap rundt blant anna smertelindring, kan bidra til eit større håp hjå pasientane (Lorentsen & Grov, 2020, s. 398).

Sjukepleiarperspektivet kjem i særskilt fokus når ein skal avklare konsekvensar kreftsjukdommen kan få for pasienten sine grunnleggjande behov, men også for opplevingar og utfordringa den medfører og kva intervensjonar som må setjast i verk. Omsorg er ein

viktig dimensjon i sjukepleie til pasientar med kreft. Omsorg er det mest grunnleggjande i livet og viser til at mennesket er avhengig av kvarandre. Ved sjukdom vert denne avhengigheita endå tydelegare. Pasientar beskriv omsorga som ei uforklarleg kontakt, som er vanskeleg å setje ord på, men som gjev pasientane ei kjensle og oppleving av at sjukepleiaren bryr seg om hen som medmenneske, og ikkje berre ser hen som ein pasient. Kvaliteten på sjukepleie-pasient-relasjonen, er det moralske aspektet i omsorga. I møter med menneske i krise og sorg, er det gjerne formidling som skapar mening og ikkje kva sjukepleiaren seier. Sjukepleiaren må prøve å gjere situasjonen «lettast» mogleg for pasienten, gjennom blick, stemmebruk, handtrykk og merksemd. Gjennom å lytte til livshistoria til pasienten, får den kreftsjuke rom til å uttrykkje sine tankar og kjensler. På den måten får pasienten tilarbeide seg krisa hen er i. Konkrete handlingar omfattar alt frå å kunne setje sprøyte, handtere teknisk utstyr og smertepumpe, vite når legen må tilkallast, gje legemiddel og behandling til rett tid, tilby mat og drikke, hjelpe til med stell og personleg hygiene (Lorentsen & Grov, 2020, s. 402-408).

3.2 Palliativ fase

Palliativ fase startar ved erkjenning av at sjukdommen er inkurabel og vert avslutta ved pasientens død. Grov (2018, s. 523) viser til uttrykket til Stein Kaasa om viktigheita av at omgrep som palliativ behandling, pleie og omsorg vert integrert som ein del av tenesta til pasientar med langkomen sjukdom og føreståande død. For å tilby pasientar palliativ behandling, pleie og omsorg er det nokre grunnelement som må vere på plass. I NOU til helse- og omsorgsdepartementet vert det vist til kompetanse hjå helsepersonell, utdanning, organisering, pasienttilpassa forlaup, verdiar og pasientmedverknad, som sentrale element i palliasjon og palliativ pleie (NOU 2017:16, s. 11). Pasientar som er i livets slutfase, skal møtast med kompetent personell som bidreg til god behandling, samt ein verdig og trygg avslutning på livet. Det å skape grunnlag for tryggleik og kontinuitet hjå pasientar i palliative fase, opplevast som svært viktig der pasientar kan få kjensle av eit godt koordinert pasientforlaup. Å skape tryggleik heime, inneber at ein tek pasient og pårørande på alvor. Lyttar til korleis dei tenkjer og ynskjer å ha det, og kva dei ser på som det mest skremmande med situasjonen. Den indre tryggleiken vert omtalt som grunntryggleiken, og er noko kvar enkelt har i seg sjølv som veks ved positive opplevingar og erfaringar. Det betyr mykje for

pasienten at det er kontinuitet i helsepersonellet, og at dei som skal gje tryggleik er trygge (Norås, 2017, s. 308).

Grunnleggjande verktøy for pasientar som får palliativ behandling, er forhandssamtale og ein palliativ plan. Ein forhandssamtale er ein samtale med pasient, angående framtidig behandling. Denne samtalen vil kunne bidra til at ein vert betre kjent med pasienten sine ynskjer og meiningar kring livets slutt generelt. Særskilt dersom den kognitive evna forventast å verte redusert. Å gjennomføre ein forhandssamtale stiller krav om tilstrekkeleg kompetanse, deriblant juss og etikk, samt gode kommunikasjonsferdigheitar og skjer innan ramma av eit tverrfagleg samarbeid (NOU 2017:16, s. 32-33). Ein palliativ plan er eit planleggingsdokument og ein strukturert samarbeidsprosess. Denne planen vert kontinuerleg oppdatert, og er eit verktøy i koordinering og målretting av tenestetilbodet. Palliativ plan er eit lågterskeltilbod til pasientar som gjennomgår palliativ behandling og omsorg, denne tek omsyn til rask oppretting og enkel oppdateringar ved behov (Meld. St. 24, 2019-2020, s. 37).

3.3 Observasjonskompetanse

Pasientens symptom kan komme direkte eller indirekte av kreftsjukdommen, av tidlegare behandlingar eller av andre sjukdommar som ikkje har samanheng med kreftsjukdommen. Det krevst god kunnskap frå sjukepleiarane om sjukdommen sin naturlege utvikling (Kaasa & Knudsen, 2018, s. 130). Nightingale (1997) presisera at observasjon av pasientanes kliniske tilstand er den viktigaste praktiske kunnskapen sjukepleiarane kan gje.

Observasjonskompetanse byggjar på teoretisk kunnskap, klinisk erfaring og sansing, noko som vert øvd opp gjennom møter med pasientane (Nortvedt & Grønseth, 2020, s. 24). Symptomlindring er saman med optimalisering av livskvalitet, sjukepleiar sitt mål i ein palliativ fase. ESAS (Edmonton Symptom Assessment System) vert nytta som eit hjelpemiddel til å kartleggje ulike symptom. Ved bruk av ESAS-skjema får ein oversikt over symptom som: smerte, fatigue, dyspné, kvalme og obstipasjon (Gro, 2018, s. 525). Regjeringa vil sikre naudsynt kompetanse innan palliativ behandling og omsorg. For å sikre at vi har eit tenestetilbod som kan lindre smerte, ivareta fysiske, psykiske, sosiale, åndelege og eksistensielle behov skal det leggst til rette for god leiing og større fagleg bredde. Her kjem

det tverrfaglege samarbeidet inn i bilete og bidreg til dette. Dagens kompetanse må vidareutviklast, og ny kunnskap må ut i tenestane (Meld, St. 24, 2019-2020, s. 10).

Grunnlaget for observasjonskompetanse er kunnskap om kroppens normale anatomi og fysiologi, og om patofysiologiske prosessar og sjukdom. Sjukepleiar må ha merksemda retta både mot korleis pasienten sjølv opplever sin sjukdomstilstand, men også mot objektive teikn på forandringar i tilstanden. Sjukepleiar må kunne observere kliniske teikn, som inneber at ein kjenner til dei kliniske teikna, som gjev grunnlaget for å kunne vurdere pasientens tilstand og i bestemte situasjonar vite kva ein ser etter og kva ein bør vere på vakt etter. Dersom pasienten sjølv ikkje klarer å uttrykkje kva symptom hen har, må sjukepleiar i stor grad bygge vurderingar og slutningar på fysiologiske teikn og målingar, samt på endring i pasientens åtferd (Nortvedt & Grønseth, 2020, s. 24-26).

3.4 Smertelindring og smertekartlegging

Smerte består av både ei oppleving og eit sanseintrykk, og er vanskeleg å definere eksakt. Smerte er ei oppleving av noko ubehageleg, og er eit resultat av aktivitet i hjernen, og oppstår gjennom forskjellige mekanismar og påverknadar (Rosland & Tjølsen, 2018, s. 328). Smerte er alltid subjektiv og er eit samansett fenomen som inngår fysiske, psykiske, sosiale, kulturelle og eksistensielle forhold. Ved avansert kreftsjukdom er smerte eit hyppig symptom som pasienten sjølv, samt pårørande fryktar (Knudsen & Kaasa, 2018, s. 387). Pasientar med langkomen kreftsjukdom har meir enn 70 % smerter knytt til behandling. God smertelindring har ein sentral plass i kreftomsorga, då den bidreg til auke i pasienten sin funksjonelle kapasitet, redusere psykososiale problem og gje ein auka livskvalitet (Kongsgaard, 2017, s. 181).

Hovudmålet med tilstrekkeleg smertelindring og smertebehandling er at pasienten skal ha det så godt det let seg gjere, utan nødsame lidningar. Pasienten bør vere i stand å røre på seg, og puste godt, for å unngå komplikasjonar. Den andre forutsetninga er at vi som behandlar, har kunnskap om biverknad av behandlinga og korleis den kan førebyggast og behandlast. Kartlegging og vurdering av smerter hjå pasientar er ei viktig sjukepleieoppgåve, samt heilt avgjerande for å kunne yte tilfredsstillande smertelindring til pasienten. Smertekartlegging

er med på å bevisstgjere pasienten, slik at hen kan finne ut kva forhold som forårsakar smerter og kva som lindrar smertene. Fleire hjelpemiddel kan bidra til at sjukepleiaren klarar å få ei grundig og nøyaktig skildring av pasienten si smerte. Smertekartlegging bidreg til ei systematisk og individuell tilpassa smertebehandling. Ulike vurderingsskjema kan beskrive pasienten sine smerter frå enkle skalaer til der pasienten sjølv gradera smertene hen opplev. Ved å nytte seg av fleire skjema, kan ein få eit større innblikk i smertene til pasienten, då desse vil supplere kvarandre. Smertevurderingsskjema delast i to grupper, eindimensjonale og fleirdimensjonale. Eindimensjonale skjema måler berre smerteintensiteten, medan fleirdimensjonale skjema målar både smerteintensiteten og korleis smertene påverkar pasienten. For å vurdere og kartlegge smerter, kan ein som sjukepleiar med fordel nytte fleire smertevurderingsskjema. Nokre av dei mest brukte er *Visuell analog skala (VAS)*, *visuell numerisk skala (NRS)*, *verbal skala (VRS)*, *ansiktsskala (FRS)*, *McGill Pain Questionnaire* og *ESAS* (Danielsen, et al., 2020, s. 388-390).

3.5 Kommunikasjon og relasjon

Kommunikasjon vert definert som ein prosess der budskapet med informasjon vert formidla og har blitt omtala som ein gjensidig prosess der budskapet vert motteke enten verbalt eller nonverbalt (Heyn, 2015, s. 364). Kommunikasjon krev kunnskap og kompetanse. Kunnskap om kommunikasjon kan bevisstgjere helsepersonell om fenomen som er avgjerande for korleis samtalen mellom menneska arter seg (Reitan, 2017, s. 104). Det vert stilt faglege krav til sjukepleiar om kompetanse i kommunikasjon. For at sjukepleiaren skal få kjensle av å vere kompetent til å kommunisere med pasientar med kreft, er det essensielt at sjukepleiaren har responderande og initierande kommunikasjonsferdigheitar og evne til refleksjon over handlingar (Reitan, 2017, s. 106). Det er fleire grunnar til at ein som sjukepleiar må vere god til å kommunisere. Pasientane ein møter er i ein ny og sårbar situasjon, med mangel eller liten kontroll på kva som skjer ovanfor eigen situasjon. Dei treng god informasjon, samt empati og støtte. Heyn nemner at dersom pasientar får informasjon kommunisert på ein empatisk og støttande måte, kan det gjere situasjonen meir handterbar. Å vise at ein bryr seg og er der for pasienten, kan bidra til at pasientane føler seg ivareteken og ein må difor som helsepersonell vise at ein er tilgjengeleg ovanfor pasienten (Heyn, 2015, s. 363).

Som helsepersonell kan ein verte utsett for andre kommunikasjonsutfordringar enn ein møter elles i dagleglivet. Helsepersonell har ein fagleg kompetanse i å forstå og forhalde seg til dei krava som vert stilt i yrkessamanheng. Ved yrkesutøving treng ein relasjonskompetanse. Relasjonskompetanse handlar om å forstå og samhandling med personane ein møter i yrkessamanheng på ein god og hensiktsmessig måte (Røkenes & Hanssen, 2012, s. 9-10). Først og fremst er det viktig å vere vennleg og høfleg ovanfor pasienten, men høflegheit og vennlegheit til pårørande er også viktig (Heyn, 2015, s. 373). Å vere seg sjølv, ekte og nær, skapar eit grunnlag for meningsfulle møter mellom sjukepleiar og pasient. Det krev empati og ei innlevande forståing. Hummelvoll peiker på at det viktigaste er å bli forstått, der kan empatien styrke forståinga (Hummelvoll, 2012, s. 422).

3.6 Verdig død

Å sørge for god omsorg og lindring ved livets slutt, er grunnleggjande for all helsepersonell. Å skaffe ein god tilnærming til pasienten og pårørande, vil vere med på å sikre at pasienten forlèt livet så fredfullt som mogleg. Dette er like viktig for dei etterletne, som for pasienten sjølv (Brenne & Dalene, 2018 s. 638). Pasient – og brukarrettighetslova (1999) inneheld sentrale verdiar i livets slutfase. Den er med på å gi innhald til ein verdig død, som er målet med sjukepleie til døyande pasientar. Desse verdiane er omtalt som respekt for den enkelte pasienten sitt liv, integritet og menneskeverd, og for rett til medverknad angående slutningar om eiga helse (Thoresen & Dahl, 2015, s. 934). For dei menneska som mottok lindrande behandling og omsorg, er det viktig å bli høyrte, inkludert og respektert. Regjeringa ynskjer å legge til rette for at pasientar som treng palliativ behandling vil få auka tenestetilbod. Den enkelte skal sjølv kunne velje kor behandlinga skal bli motteken, og kvar pasienten ynskjer å døy (Meld. St. 24, 2019-2020, s. 9). Å få dekkja sine åndelege og eksistensielle behov, kan gje terminale pasientar støtte og ferdigheit til å meistre belastningane i livet sin slutfase. Regjeringar ynskjer difor å bidra til at menneske med behov for palliativ behandling skal kunne praktisere eiga tru eller livssyn (Meld. St. 24, 2019-2020, s. 34). Ved kreftsjukdom vert det oppretta palliativ team, der det er erfarne legar og sjukepleiarar som gjev råd og rettleiing til pasientar råka av kreftsjukdom med kort forventet levetid. Helse- og omsorgstenesta i kommunen opplev slike team som ein stønad, og det betyr mykje å kunne ha ein plass å rådføre seg heile døgnet (Norås, 2017, s. 307).

3.7 Pårørande

I heimetenesta møter ein pasienten sine pårørande. Enkelte pasientar har nær familie, medan andre har lite sosialt nettverk. Pasienten sin sjukdom påverkar også pårørande sin situasjon. Pårørande er oftast ein ressurs for den heimebuande, og ein viktig samarbeidspartner for heimetenesta. Pårørande kan delast i ulike grupper etter relasjonar dei har til pasienten. Ektefelle eller samboar er den nærmaste, som påverkast i størst grad når kreftsjukdom og funksjonssvikt inntreffer. Den uformelle hjelpa som dei pårørande står for, må vere eit supplement og ikkje ein erstatning (Fjørtoft, 2016, s. 101-105).

Det å vere pårørande til alvorleg sjuke og døyande, endrar ofte samspelet i familien. Ofte er den pårørande ein føresetnad for at ein alvorleg sjuk pasient kan vere i eigen heim den siste tida. Som helsepersonell har ein det faglege ansvaret og oppfølging av pasienten. Å vise dette gjennom gode relasjonelle handlingar i møte med pårørande vert viktig. Sjukepleiar må kunne sjå, anerkjenne og bekrefte tydinga den pårørande har. Fjørtoft framhevar Helse- og omsorgsdepartementet i 2003 som viser til pårørande for den heimebuande pasienten som «dei usynlege hjelparane». Det er viktig at pårørande ikkje for blir «usynlege», då dei har ein viktig rolle for den heimebuande og at innsatsen deira vert sett (Fjørtoft, 2016, s. 112-115). Å ivareta eit døyande familiemedlem i heimen, kan vere ei givande kjensle, men på same tid vere tungt og kjennast usikkert ut for den pårørande. Pårørande kan ha ei oppleving av einsemd og framandgjerding i eigen heim, medan dei forsøker å oppretthalde eit kvardagsliv med eit familiemedlem som ligg for døden. Å vere vitne til korleis eit familiemedlem endrar seg kroppsleg og mentalt som følgje av kreftsjukdom, kan vere svært vanskeleg. Å snakke om prosessen som skjer hjå pasienten og døden, kan vere vanskeleg sjølv mellom nærmaste familiemedlem og vennar. Som sjukepleier i ein slik situasjon må ein lytte og vise respekt både for pasienten og pårørande som ynskjer samtale eller ikkje (Thoresen & Dahl, 2015, s. 938).

4.0 Resultat og funn

4.1 Relevant forskning

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

Forfattar: Ihler, E. M. & Sæteren, B. (2020)

Artikkelen frå Ihler og Sæteren utforskar sjukepleiarane si erfaring med bruken av ESAS-skjema for å kunne kartleggje symptom hjå pasientar med kreft i palliativ fase. Spørsmåla omhandla bruken av ESAS i praksis, skjemaet si nytte ved systematisk kartlegging. Dei omhandlar også om det er samsvar mellom praksis og fagprosedyren, samt fordelar og utfordringar og betydning for pasienten si behandling. Resultata i studien viser ESAS-skjema som «eit nyttig verktøy for å kartlegge pasientanes symptom» og «varierende bruk av ESAS i klinisk praksis». ESAS gir sjukepleiarane eit innblikk i pasientane sine symptom over tid. Sjukepleiarane sjølv framheva at ESAS-skjema særskilt får fram pasientane si oppleving av dei ulike symptoma. For å få innblikk i pasientane sine symptomopplevingar, er det naudsynt med god kommunikasjon mellom pasienten og sjukepleiarane. Forskinga viser til at det vert erfart at ESAS opnar for samtale med pasienten kring vedkommandes symptom. I praksis er det varierende bruk av ESAS, då det ikkje vart fulgt regelmessig, og ein hadde ikkje god nok rutine på det, vart det ofte berre «eit papir i buken». ESAS er eit nyttig kartleggingsverktøy, men det krev rutinemessig bruk for å kunne oppnå føremålet med skjemaet (Ihler & Sæteren, 2020).

«Individuell plan i palliativ fase – ei hjelp til meistring for pårørande»

Forfattar: Lunde, S. A. E. (2017)

Hensikta med Lunde sin studie, er å få fram erfaringar pårørande har med individuell plan i ein palliativ fase. Dei individuelle planane vart etablerte i sein palliativ fase, frå fire til ei veke før døden inntreff. Målet til Lunde var å undersøkje korleis ein individuell plan i palliativ fase kunne bidra til meistring hjå pårørande. Resultata frå studien viser at fleire av informantane skildra ein arbeidskrevjande og uoversiktleg kvardag, med alvorleg sjukdom og kontinuerleg

beredskap med lite søvn og avlastning. Fleire opplevde ei stønad å få formalisert ein individuell plan, der koordinator, kontaktpersonar og behandlarar vart nemnde. Ein informant uttrykte at ein individuell plan var med på å «skape orden i eit kaos», som gav ei oppleving av tryggleik i ein utrygg situasjon. Pårørnde opplevde mindre belastning då pasienten sjølv i ein tidleg fase av sjukdomsforlaupet kunne få avklare viktige spørsmål kring behandling og framtid. Informantane i studien uttrykte at spørsmål kring livsforlengande behandling og kvar den sjuke ynskja omsorg siste tida, burde vore avklart med pasienten før og felt ned i ein individuell plan. Dette kunne letta situasjonen til påørnde, fordi dei kunne unngått å avgjere når den livsforlengande behandlinga skulle avsluttast. Studien konkludera med behov for at ein har førebuaende samtalar, for å avklare framtidige ynskjer og redusere påørnde si belastning (Lunde, 2017).

«Sykepleieres erfaringer med smertelindring til hjemmeboende kreftpasienter»

Forfattar: Molnes, S. I. (2014).

Hensikta ved artikkelen til Molnes var å belyse korleis sjukepleiarane opplever kompetanse knytt til smertelindring til heimebuande pasientar med kreft. Resultat viser til at sjukepleiarane sjølv hadde eit ynskje om ein fagleg oppdatering, men med manglande ressursar hadde dei ikkje anledning til å oppdatere seg fagleg. Fagutvikling har dei etterlyst i lengre tid på arbeidsplassen. Ein hektisk kvardag er med å påverke tida ein har til fagleg oppdatering. Sjukepleiarane opplevde ei alt for lav bemanning, som fører til at pasientar ikkje får den oppfølginga dei har behov for. Pasienten og påørnde har store forventningar til sjukepleiarane i heimetenesta, dei forventar at heimetenenesta skal vere der med eingong noko oppstår. Kompetansen i kommunehelsetenesta og spesialisthelsetenesta varierer. Det er viktig at sjukepleiarar får moglegheit til å dele erfaringar med andre på avdelinga, for å utvikle kunnskap. Sjukepleiarar opplevde satsing på ambulerande palliativ tema som viktige faktorar. Dette bidreg til at pasientar med kreft får betre oppfølging, og sjukepleiarane oppnår betre fagutvikling. Sjukepleiarane meinte at det er viktig at ein veit kor ein kan søkje råd og vegleiing. Studien viser til at berre 3 av 10 sjukepleiarar nytta ESAS-skjema, grunna mangel på opplæring av å nytte skjema og bruken av slike verktøy (Molnes, 2014)

«Jeg gråter noen tårer hver dag»: En fenomenologisk studie av hjemmeboende kreftpasienters beskrivelse av deres livssituasjon i palliativ fase

Forfattar: Sønning, H. E. & Fossum, M. (2020).

Studien til Sønning & Fossum omhandlar heimebuande pasientar med avslutta kurativ behandling. Alle var i ulike livsfasar og fekk palliativ behandling, ein av dei hadde sporadisk kontakt med heimetenesta. Resultata frå studien gjekk på opplevingar knytt til å leve med usikkerheit og uvisshet om framtida, samt føle seg sett og høyrte i møte med medmenneske og helsepersonell, men også belastande kjensla av å svikte dei nærmaste. Studien viser at det var ikkje frykt for døden, men opplevinga av å skulle svike dei som ein er glad i. Oppleving av å ikkje kunne love at ein skulle bli frisk, samt måtte ta avgjerd kring å avslutte behandling. Kommunikasjon vart sett på som viktig i den palliative fasen. Ord kunne opplevast som lindring, men kunne og føresake lidning. Deltakarane i studien påpeika at det å bli lytta til og respektert skapte trygghet og tillit til sjukepleiaren (Sønning & Fossum, 2020).

«Actions helping expressed or anticipated needs: Patients with advanced cancer and their family caregivers`experiences of specialist palliative home care teams»

Forfattar: Klarare, A., Rasmussen, B. H., Fossum, B., Hansson, H., Fürst, C. J. & Lundh. C. H. (2018).

Hensikta med artikkelen var å undersøkje erfaringar pasientar og pårørande har med palliativt team for å gje ein breiare forståing av den kliniske konteksten, samt forståing for betydinga og implikasjonen av forskingsfunn innanfor den palliative omsorgskonteksten. Resultat viser at organisering og tilførsle av tilstrekkelege ressursar var den største hjelpekategorien som vart nemnt av deltakarane. Den viser korleis sjukepleiarar og legar organiserar omsorg, medisinutlevering, instruksjonar og lærar pårørande korleis dei på sin måte kan bestå med omsorg. Forsking viser korleis det tverrfaglege samarbeidet spelar ei viktig rolle. Pasientar og pårørande opplevde eit helsepersonell som heldt sine ord når det gjaldt omsorg i heimen, og vart trygga på at dersom noko uventa skulle inntreffe, kunne dei

støtte seg på dei. Å vere påliteleg og inkluderande, samt hjelpe pasienten og pårørande med å fortsetje dagleglivet sjølv om døden kunne vere nær. Studien viser også til at opplevingar på respektlausheit eller brot på integriteten, kan unngåast dersom nyansane er innarbeidd i praksis (Klarare et al., 2018).

5.0 Drøfting

I Noreg vart 36 998 menneske i 2021 råka av kreftsjukdom (Kreftregisteret, 2022). Talet krefttilfelle vil forsetje å auke, grunna auka levealder og større befolkning. Målet mitt i oppgåva har vore å få eit betre innblikk i korleis ein som sjukepleiar kan ivareta og tilretteleggje palliativ pleie hjå pasientar med langkomen kreft i heimen. I denne drøftingsdelen skal eg prøve å svare på problemstillinga mi «**Korleis kan sjukepleiarar ivareta heimebuande pasientar med kreft i palliativ fase?**». Med bakgrunn i resultat frå forskingsartiklar, teoretiske perspektiv, samt eigen erfaring frå praksis og arbeid.

5.1 Observasjonskompetanse og symptomlindring

Nightingale (1997) presisera at observasjon av den kliniske tilstanden til pasienten, er den viktigaste kunnskapen ein sjukepleiar kan gje. Dette er noko Nortvedt og Grønseth (2020) også viser til at observasjonskompetanse byggjer på teoretisk kunnskap, klinisk erfaring og sansing, dette vert øvd opp gjennom møte med pasientar. Ved å observere endringar i tilstanden til pasienten framhevar Norås (2017) viktigheita med kontinuitet i helsepersonellet, dette er med å skape tryggleik hjå pasienten. Ihler og Sæteren (2020) presisera i sin forskning at dersom sjukepleiarane ikkje nyttar eit systematisk kartleggingsverktøy kan det føre til at symptom ikkje vert observert. Ved å nytte eit slikt verktøy kan ein sikre at observasjonen av symptombilete til pasienten vert vurdert på ein heiltaleg måte. Nortvedt og Grønseth (2020) viser derimot at ein som sjukepleiar må kunne observere kliniske teikn, samt vurdere pasienten sin tilstand i bestemte situasjonar, utan bruk at kartleggingsverktøy. Vidare viser dei til at dersom pasienten sjølv ikkje klarer å uttrykkje seg, må ein som sjukepleiar kunne vurdere og ta slutningar på vegne av pasienten

sine fysiologiske teikn og målingar.

Lorentsen og Grov (2020) viser til at sjukepleiarperspektivet kjem i fokus, for å kunne dekkje pasientane sine grunnleggjande behov, samt setje i verk tiltak. Regjeringa påpeikar i si stortingsmelding (2019-2020) at ein må sikre grunnleggjande behov og ha eit tenestetilbod som dekkjer desse. Dette kjem også fram av Mathisen (2015) som gjengjev Henderson og viser til viktigheita med grunnleggjande behov. Grov (2018) framhevar at for å hjelpe til å dekkje grunnleggjande behov kan ESAS vere eit verktøy for å kartleggje symptom hjå pasientar med kreft. Skjemaet gjev ein oversikt over symptom som pasienten kan ha, deriblant smerter, fatigue, dyspné, kvalme og obstipasjon. Forskinga til Ihler og Sæteren (2020) viser at for å kunne symptomlindre ved bruk av ESAS, er det viktig med kontinuitet og rutinar. Forskinga framhevar at dårlege rutinar, gjer at meininga ved skjemaet fell vekk. Til dømes om det er berre eit fåtal som nyttar seg av skjemaet, eller at det kan gå dagar i mellom bruken av skjemaet, som kan føre til at ein ikkje kan samanlikne det på same måte som dersom det hadde blitt nytta oftare og gjerne to gongar dagleg. Deltakarane i studien omtalar skjemaet som god hjelp, då det er pasienten sjølv som svarar. På denne måten får ein framheva ulike symptom som plagar. Derimot har eg sjølv opplevd at dårlege pasientar opplever ESAS skjema som eit «ork», fordi dei får ei kjensle av å nytte mykje krefter på å måtte svare på skjemaet, og spesielt dersom det blir fleire gongar for dagen.

5.2 Tid og ressursar

Regjeringa påpeikar i sin NOU (2017:16), nokre grunnelement som må vere på plass for å kunne tilby palliativ behandling, der i blant kompetanse hjå helsepersonell. Det same viser også Regjeringa i stortingsmeldinga nr 24 (2019-2020), med at vi har eit tenestetilbod som kan lindre smerter, ivareta fysiske, psykiske, sosiale, åndelege og eksistensielle behov. Det har ein for å ha ei betre leiing og større fagleg breidde. Den presisera også at dagens kompetanse må vidareutviklast og ny kunnskap må ut i tenestene. Kaasa & Knudsen (2018) viser også til at det krevjar kompetanse hjå sjukepleiarane om sjukdommen si naturlege utvikling, då symptom kan komme direkte eller indirekte av kreftsjukdommen, eller av tidlegare eller andre sjukdommar som ikkje har samanheng med kreftsjukdommen. Molnes (2014) si forskning omhandlar nettopp kompetansen hjå sjukepleiar som skal symptomlindre

og observere denne, og spesifikk smertelindring. Molnes peikar også på låg bemanning i henhold til pleietyngde, kan føre til at pasientane ikkje får den oppfølginga dei har behov for. Han viser til at mangel på tid og ressursar kan føre til blant anna dårleg smertelindring til pasientane, då ein ikkje har høve til å observere pasienten over tid, og heller ikkje får tid til smertekartlegging. Eigne erfaringar frå heimetenesta støttar opp om dette bilete, då eg opplever at det ofte kan gå lengre tid mellom kvar pasienten med kreft og kollegaer kan kjenne seg usikre og opplever å ha for liten kompetanse på smerte og symptomlindring.

5.3 Kartlegging som bakgrunn for god smertelindring

Danielsen et. al. (2020) viser til kartlegging og vurdering av smerter hjå pasientar som ei viktig sjukepleiaroppgåve, og som er heilt vesentleg i smertelindring. Smertelindring som hovudmål handlar om at pasienten skal ha det så godt som mogleg, utan nødsame lidingar. Vidare vert det presisert at vi som behandlarar har kjennskap og kunnskap om eventuelle biverknadar av behandling og kan på denne måten førebyggje. Dette understrekar også Kongsgaard (2017) med at god smertelindring har ein sentral plass i kreftomsorga, då den bidreg til auke i pasienten sin funksjonelle kapasitet, reduserer psykososiale problem, samt gjev auka livskvalitet. Vidare viser Danielsen et. al. (2020) at ved å nytte seg av fleire vurderingsskjema, kan ein få eit større innblikk i smertene til pasienten. Dei ulike vurderingsskjema som finnast, supplerer kvarandre.

Kongsgaard (2017) presisera at pasientar råka av uhelbredeleg kreftdiagnosar har ofte samansatte og plagsame symptom, som spelar inn på livskvaliteten. Forsking av Ihler og Sæteren (2020) presentera at dei mest vanlege symptoma er fatigue, smerte, kvalme, nedsett matlyst, dyspné, angst, søvnproblem, depresjon og eliminasjonsproblem. Danielsen, et. al. (2020) viser til at sjukepleiar må kartleggje og vurdere smerter hjå pasientar, samt gjere ein systematisk og individuell tilpassa smertebehandling. Smertekartlegging er med på å bevisstgjere pasienten, slik at ein kan finne ut kva forhold som forårsakar smerter og kva som lindrar smertene. Kongsgaard (2017) og Danielsen et. al. (2020) viser begge til ulike kartleggingsverktøy, for å kartleggje smerter og symptom. ESAS vert vektlagt hjå begge, då det er mest nytta. ESAS-skjema er utvikla for kreftpasientar og nyttast ved dei fleste kreftavdelingar i Norge. Til tross for at vi har fleire kartleggingsverktøy viser forskning til Ihler

og Sæteren (2020) at det er varierende bruk av ESAS i praksis. I teorien er det er eit nyttig verktøy for det er pasienten sjølv som forklarar, og ikkje noko som sjukepleiarane anslår, samt vert det sett på som ein døropnar for vidare samtalar. Medan i praksis er det gjerne mangel på tid, og ein må prioritere så godt som mogleg, noko som fører til at ESAS-skjema vert gløymt eller nedprioritert. Sjukepleiarane i forskinga ser tydeleg verdien av bruken av ESAS-skjema, men opplev at det er vanskeleg å oppretthalde i kvardagen, sidan rutine kring dette er så varierende.

5.4 Relasjonelle ferdigheitar

Pasientar og pårørande råka av ein kreftdiagnose er i ein særskilt, sårbar og stressande situasjon. Gjennom åtferd, ordbruk og handlingar i samtalar vil ein som sjukepleiar vere medverkande i pasientens oppleving av eventuelt håp eller mismot. Røkenes & Hanssen (2012) framhevar at relasjonskompetanse i yrkessamanheng, der forståing og samhandling er essensielt med personar ein møter i yrkessamanheng. Lorentsen og Grov (2020) viser til at ein som sjukepleiar bør opparbeide ein omsorgsfull relasjon mellom pasienten og vektlegge empati og respekt. Dei seier at dette spelar inn på livskvaliteten og helsa til pasienten. Dette er også noko Hummelvoll (2012) og Heyn (2015) tar opp og viser til viktigheita med å syne respekt gjennom å vere høfleg og vennleg ovanfor pasienten og til pårørande. Går vi til Reitan (2017) seier ho mykje det same og viser til grunnlaget for betydingfulle møter mellom sjukepleiar og pasient ved å utøve og vise empati. Empati kan styrke forståinga hjå pasienten, seier ho. Dette viser også studien til Klarare et. al. (2018), som påpeikar at dersom ein fokusera på å opparbeide ein relasjon med pasient og pårørande, samt gje tilstrekkeleg med ressursar, holde løfter, vere påliteleg, kan det vere med å skape ein betre omsorg ovanfor både pasient og pårørande.

Å snakke med pasienten omkring døden, kan vere vanskeleg sjølv mellom nærmaste familiemedlem og vennar. Ein må som sjukepleiar i ein slik situasjon lytte og respektere pasienten og deira pårørande om ynskje eller behov for samtale. Noko også Thorsen og Dahl (2015) legg vekt på og seier at som helsepersonell i heimetenesta må ein vere open for å ta dei utfordrande samtalan. Relasjonelle ferdigheitar krev også eit vist «mot» og dette vert trekt fram i studien til Lorentzen og Grov (2020). Dei viser til «mot» hjå sjukepleiar for å

oppretthalde ein relasjon mellom pasienten og pårørande, noko som også Sønning og Fossum (2020) viser til og seiar at det krevjar mot hjå sjukepleiar til å takle å samtale omkring andre si liding og vere nærverande. Vidare viser dei til at dersom ein ikkje klare vise mot, kan det skape ein avstand mellom sjukepleiar og pasienten, og føre til utryggheit og gje liding. Mi erfaring tilseier at ein må ha i baktankane, at dersom ein begynnar med ein samtale omkring vanskelege tema hjå ein pasient er det viktig å la pasienten fullføre samtalen, og avslutte på ein god måte. Eg opplev at i heimetenesta er det sett av ei viss tid hjå kvar pasient, og det vert då viktig å setje av nok tid slik at ein ikkje må avbryte pasienten for at du som sjukepleiar må springe vidare til neste pasient.

5.5 God kommunikasjon og tilstrekkeleg ferdigheitar

Grunnlaget for betydingsfulle møter mellom sjukepleiar og pasient, byggjer på empati. Empati kan styrke forståinga hjå pasienten. Reitan (2017) nemner at det som sjukepleiar er stilt faglege krav om kompetanse i kommunikasjon. Det kan vere utfordrande for ein sjukepleiar å kommunisere med pasientar med kreft, men dersom sjukepleiaren har kommunikasjonsferdigheitar og kan reflektere over handlingar, kan ein få kjensle av å vere kompetent. I den palliative pleia er det eit sterkt behov for informasjon, dialog og oppfølging. Det er viktig for palliative pasientar å ha helsepersonell med tilstrekkeleg kompetanse. Denne faglege kompetansen inngår også i kommunikasjonsferdigheitar. I tillegg til Reitan (2017) understrekar også Sønning og Fossum (2020) i studien sin at det å ha ein fagleg kompetanse og erfaring innan kommunikasjon, er viktig for å kunne støtte pasienten i den palliative fasen. I studien til Klarare et al. (2018) ser ein også at kommunikasjon er eit sentralt område som vert vektlagt for å organisere og gi palliativ behandling. Kommunikasjonsferdigheitar går igjen også i helse – og omsorgsdepartementet sin NOU (2017:16). Det krevst tilstrekkeleg kompetanse, innan juss, etikk og kommunikasjon for å gjennomgå ein forhandsamtale og ein palliativ plan.

Ihler og Sæteren (2020) sin studie peikar mot viktigheita av gode kommunikasjonsferdigheitar hjå sjukepleiar for å kunne fange opp pasienten si symptomoppleving. Som sjukepleiar er kompetanse i kommunikasjonsferdigheitar viktig og Reitan (2017) peikar på kommunikasjonsferdigheitar og evne til refleksjon over handlingar

hjá sjukepleiaren kan gje kjensle av slik kompetanse og seier vidare at palliativ pleie krev god informasjon, dialog og oppfølging. Dette vektlegg også Sønning og Fossum (2020) i sin studie, og viser til fagleg kompetanse og erfaring som sjukepleiar innan kommunikasjon som viktig for å kunne støtte pasienten i den palliative fasen. I min praksis har eg erfart at ved å opparbeide ein god relasjon både til pasient og pårørande hjelper ein gjennom vanskelege samtalar, då pasienten tørr å opne seg opp. Mi erfaring er at dersom det er mangel på kommunikasjon og relasjon kan pasienten oppleve det som vanskeleg eller utfordrande å skulle fortelje om «personlege ting og plagar».

5.6 Pårørande som ressurs, støtte og samarbeidspartnar

Samarbeid med pårørande er sentralt for å kunne utvikle gode tilbod om lindrande behandling og omsorg. Regjeringa si stortingsmelding (2019-2020), understrekar pårørande som viktig ressurs for sine nærmaste gjennom funksjonen som omsorgspersonar og som slutningstøtte i behandlingsforlaupet m.m. Sjølv om dei er ein ressurs viser studien til Lunde (2017) at pårørande setjar pris på individuell plan, då pasienten sjølv kan fortelje tidleg i behandlingsforlaupet korleis hen ynskjer det seinare i sjukdomsforlaupet, då dei føler mindre belastning på å avgjere slike val for pasienten. Holter og Grov (2015) støtter opp om dette og viser til at prosessen kring avgjerd vert framheva som viktige moment som gjev pasientar innflyting og retten til medbestemming rundt individuell plan. Regjeringa (2019-2020) anerkjenner pårørande som ein viktig ressurs og bidreg til fremjing av god helse og gode tilbod til pårørande. Dette viser også Fjørtoft (2016) til, og seier at pårørande kan opplevast som ein ressurs for den sjuke, og som ein samarbeidspartnar for oss i heimetenesta. Eiga oppleving av pårørande som ressurs og støtte kjenner eg att frå eigen praksis. Mine erfaringar er pårørande som er veldig villige og behjelpelege ved å stille opp for den sjuke og har opplevd pasienten som rolegare ved å ha sin nærmaste rundt seg. Dette påpeikar også Regjeringa sin NOU (2017:16) til, som seier blant anna at nærvær og omsorg frå pårørande kan vere avgjerande for betydninga til pasienten. Det er pårørande som kjenner pasienten best og kan på den måten bistå pasienten med tydeleggjere ynskjer og behov når pasienten sjølv ikkje klarer det lenger. Andre studiar som byggjar opp om pårørande som ressurs og støttepart for pasienten er Grov (2017) sin. Den framhevar den viktige rolla pårørande har omkring pasienten gjennom eksempel i å bidra til administrering

av legemiddel for å smertelindre, gje kvalmestillande eller mot obstipasjon, andre praktiske oppgåver som bistand i stellet, tilretteleggje godt sitteleie- og liggjestillingar, samt hjelpe med slutningar for pasienten. Pårørande som ressurs og støtte vert også trekt fram i forskinga til Sønning og Fossum (2020), som viser til at pasientane i studien uttrykte ynskje om å ha pårørande tilstades ved undersøkingar og behandling. Vidare til Helse- og omsorgsdepartementet (2003), viser denne til pårørande til den heimebuande pasienten som «dei usynlege hjelparane», noko som også Fjørtoft (2016) tar opp og syner til viktigheita med at innsatsen til pårørande vert sett og inkludere pasient og pårørande i dagleglivet, sjølv om døden kan vere nær.

6.0 Konklusjon

I min studie skulle eg finne ut korleis ein som sjukepleiar kan ivareta og tilretteleggje for palliativ pleie hjå heimebuande pasientar råka av langkomen kreftsjukdom. Mi problemstilling var **«Korleis kan sjukepleiarar ivareta heimebuande pasientar med kreft i palliativ fase?»**. Som sjukepleiar skal ein kunne både fange opp symptom, setje i verk tiltak, samt følgje opp pasienten. God palliativ pleie krev tilstrekkeleg kompetanse og ferdigheitar hjå den enkelte sjukepleiar. Pasientar og pårørande verdsett sjukepleiarar som heldt sine løfter, er pålitelege og som ser pasienten som eit heilt menneske. Det krev relasjonelle ferdigheitar kring å samtale med pasientane. Som sjukepleiar bør ein få opparbeida ein omsorgsfull relasjon mellom pasient og vektlegge empati og respekt. Denne relasjonen mellom pasient, pårørande og sjukepleiar spelar difor ei stor betydning for pasienten si oppleving av trygghet. Samarbeidet mellom pårørande og kommunehelsetenesta står også sentralt for å kunne utvikle eit godt tilbod til pasienten om lindrande behandling og omsorg. Pårørande er både ein ressurs, støtte og ein samarbeidspartnar for pasienten og heimetenesta. Observasjon av klinisk tilstand er ein av dei viktigaste kunnskapane sjukepleiar kan gje. Ein som sjukepleiar må kunne observere pasientar og ta slutningar for pasienten, og då særleg hjå dei som ikkje klarer uttrykke seg. Kartleggingsverktøy kan hjelpe sjukepleiar med symptomlindring, men det krevjar rutinar og kontinuitet hjå personale dersom ein skal få nytte av det. Då det ofte kan vere travelt og mangel på ressursar i

kommunehelsetenesta, er det likevel viktig å få ein kontinuitet hjå personalet som er innom den palliative pasienten. Dette for at det kan vere lettare for sjukepleiar som kjem innom pasienten til å oppdage forandringar, men også at pasienten sjølv kjenner seg trygg til å uttrykke ubehag.

Litteraturliste

- Brenne, A.-T. & Dalene, R. (2018). Symptomlindring av den døende pasienten. I Kassa, S. & Loge, J. H. (red.), *Palliasjon* (3.utg., s.638-652). Gyldendal.
- Dalland, O. (2021). *Metode og oppgaveskriving* (7. utg.). Gyldendal.
- Danielsen, A., Berntzen, H. & Almås, H. (2020). Sykepleie ved smerter. I Stubberud, D.-G., Grønseth R. & Almås, H. (red.), *Klinisk sykepleie 1* (5.utg., s. 381-427). Gyldendal.
- Fermann, T. & Næss, G. (2018). Sykepleie til eldre i hjemmesykepleien. I Kirkevold M., Brodtkorb, K. & Ranhoff, A. H. (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., s. 238-264). Gyldendal akademisk.
- Folkehelseinstituttet (2022). Kreft i Norge. <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/kreft/>
- Fjørtoft, A.-K. (2016). *Hjemmesykepleie – Ansvar, utfordringer og muligheter* (3.utg). Fagbokforlaget.
- Grov, E. K. (2018). Pleie og omsorg ved livets slutt. I Kirkevold M., Brodtkorb, K. & Ranhoff, A. H. (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., s. 522-537). Gyldendal akademisk.
- Grov, E. K. (2017). Pårørende. I Reitan, A. M. & Schjølberg, T. Kr. (red.), *Kreftsykepleie, pasient – utfordring – handling* (4.utg., s. 251-266). Cappelen Damm Akademisk.
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukarettigheter*. (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>
- Heyn, L. (2015). Kommunikasjon – menneskets grunnleggende behov for å forstå og å bli forstått. I Grov, E. K. & Holter, I. M. (red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie* (5.utg., s. 363-398). Cappelen Damm Akademisk.
- Holter, I. M. & Grov, E. K. (2015). Hvem er pasientene, og hvor befinner de seg?. I Grov, E. K. & Holter, I. M. (red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie* (5.utg., s. 27-36). Cappelen Damm Akademisk.

Hummelvoll, J. K. (2012). *Helt – ikke stykkevis og delt: psykiatrisk sykepleie* (7.utg). Gyldendal Akademisk.

Ihler, E. M. & Sæteren, B. (2019) Sykepleieres erfaringer med å bruke ESAS til å kartlegge symptomer hos kreftpasienter. *Sykepleien forskning* (Oslo).
<https://doi.org/10.4220/Sykepleief.2019.79585>

Kaasa, S. & Knudsen, A. K. (2018). Palliativ medisin for kreftpasienter. I Schlichting, E. & Wist, E. (red.), *Kreftsykdommer – en basisbok for helsepersonell* (2. utg., s. 126-144). Gyldendal.

Kaasa, S. & Loge, J. H. (2018) Den palliative konsultasjonen – med fokus på kreftpasienter. I Kassa, S. & Loge, J. H. (red.), *Palliasjon* (3.utg., s. 190-201). Gyldendal.

Kaasa, S. & Loge, J. H. (2018) Palliativ medisin – en innledning. I Kassa, S. & Loge, J. H. (red.), *Palliasjon* (3.utg., s. 34-50). Gyldendal.

Knudsen, A. K. & Kaasa, S. (2018). Smertediagnostikk. I Kassa, S. & Loge, J. H. (red.), *Palliasjon* (3.utg., s. 387-401). Gyldendal.

Klarare, A., Rasmussen, B. H., Fossum, B., Hansson, H., Fürst, C. J. & Lundh. C. H. (2018). Actions helping expressed or anticipated needs: Patients with advanced cancer and their family caregivers`experiences of specialist palliative home care teams. *Wiley Online library*. <https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1111/ecc.12948>

Kongsgaard, U. E. (2017). Smerter og smertebehandling. I Reitan, A. M. & Schjøllberg, T. Kr. (red.), *Kreftsykepleie, pasient – utfordring – handling* (4.utg., s. 181-198). Cappelen Damm Akademisk.

Kreftregisteret (08.06.22) *Kreft i Norge*. <https://www.kreftregisteret.no/Temasider/om-kreft/>

Lorentsen, V. B. & Grov, E. K. (2020). Generell sykepleie ved kreftsykdommer. I Stubberud, D.-G., Grønseth, R. & Almås, H. (red.), *Klinisk sykepleie 2* (5.utg., s. 397-436). Gyldendal.

Lunde, S. A. E. (2017). Individuelle plan i palliativ fase – ei hjelp til meistring for pårørende. *Sykepleien forskning* (Oslo). <https://doi.org/10.4220/Sykepleief.2017.63670>

Mathisen, J. (2015) Hva er sykepleie?. I Grov, E. K. & Holter, I. M. (red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie* (5.utg., s. 119-141).

Meld. St. 24 (2019-2020). *Lindrands behandling og omsorg*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-24-20192020/id2700942/?ch=4>

Molnes, S. I. (2014). Sykepleieres erfaringer med smertelindring til hjemmeboende kreftpasienter. *Idunn, Nordisk sygeplejeforskning*, Vol 4., Utg 2. <https://doi-org.galanga.hvl.no/10.18261/ISSN1892-2686-2014-02-06>

Molven, O. (2015) Pasienters og brukeres rettigheter og plikter. I Grov, E. K. & Holter, I. M. (red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie* (5.utg., s. 70-106). Cappelen Damm Akademisk.

Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholdt, B., Nordheim, L. V. & Reinart, L. M. (2017). *Jobb kunnskapsbasert! En arbeidsbok* (2.utg.). Cappelen Damm Akademisk.

Nortvedt, P. & Grønseth, R. (2020). Klinisk sykepleie – funksjon, ansvar og kompetanse. I Stubberud D.-G., Grønseth, R. & Almås, H. (red.), *Klinisk sykepleie 1* (5.utg., s. 17-40). Gyldendal.

Norås, I. L. (2017). Kreftsjukepleie i heimen. I Reitan, A. M. & Schjøllberg, T. Kr. (red.), *Kreftsjukepleie, pasient-utfordring-handling* (4 utg., s. 303-328). Cappelen Damm Akademisk.

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

<https://www.regjeringen.no/contentassets/995cf4e2d4594094b48551eb381c533e/nu-2017-16-pa-liv-og-dod.pdf>

- Sønning, H. E. & Fossum, M. (2020). «Jeg gråter noen tårer hver dag». En fenomenologisk studie av hjemmeboende kreftpasinters beskrivelse av deres livssituasjon i palliativ fase. *Nordisk tidsskrift for helseforskning*, 16 (1). <https://doi.org/10.7557/14.4319>
- Sæteren, B. (2017). Omsorg for alvorlig syke og døende pasienter – sorg og sorgarbeid. I Reitan, A. M. & Schjøberg, T. Kr. (red.), *Kreftsykepleie, pasient-utfordring-handling* (4 utg., s. 224-250). Cappelen Damm Akademisk.
- Reitan, A. M. (2017). Klinisk kommunikasjon. I Reitan, A. M. & Schjøberg, T. Kr. (red.), *Kreftsykepleie, pasient-utfordring-handling* (4 utg., s. 104-119). Cappelen Damm Akademisk.
- Reitan, A. M. (2017) Kreftsykepleie. I Reitan, A. M. & Schjøberg, T. Kr. (red.), *Kreftsykepleie, pasient-utfordring-handling* (4 utg., s. 33-49). Cappelen Damm Akademisk.
- Rosland, J. H. & Tjølsen, A. (2018). Grunnleggende smertepatofysiologi. I Kassa, S. & Loge, J. H. (red.), *Palliasjon* (3.utg., s. 328-342). Gyldendal.
- Røkenes, O. H. & Hanssen, P.-H. (2012) *Bære eller briste* (3.utg). Fagbokforlaget.
- Thidemann, I.-J. (2020). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter- den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving* (2.utg). Universitetforlaget.
- Thoresen, L. & Dahl, M. (2015) Sykepleie til den døende pasienten. I Grov, E. K. & Holter, I.M. (red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie* (5.utg., s. 926-960).

Vedlegg

Vedlegg 1 – PICO skjema

<p>P - populasjon</p>	<p>Heimebuande</p> <p>Home care nursing, Home Care Service — Service, Home Care — Services, Home Care — Care Services, Home — Domiciliary Care — Care, Domiciliary — Home Health Care — Home Care — Care, Home</p>
<p>I- intervensjon</p>	<p>Pasientar med kreft</p> <p>Cancer patients or oncology patients or patients with cancer or cancer)</p>
<p>C - samanlikning</p>	
<p>O - utfall</p>	<p>Palliativ behandling i livets slutfase</p> <p>Care, Terminal — End of Life Care — End-Of-Life Care — Care, End-Of-Life — End-Of-Life Cares</p> <p>Care, Palliative — Palliative</p> <p>Treatment — Palliative</p> <p>Treatments — Treatment, Palliative — Treatments, Palliative — Therapy, Palliative — Palliative Therapy — Palliative Supportive Care — Supportive Care, Palliative — Palliative Surgery — Surgery, Palliative</p>

Vedlegg 2 – Databasesøk

DATABASE	DATA FOR SØK	ÅRSTAL	SØKEORD	TREFF	VALT ARTIKKEL
Oria	18/10/22	2014	Hjemmeboende kreftpasienter	3	Sykepleiernes erfaring med smertelindring til hjemmeboende kreftpasienter.
(EBSCO) Academic Search Elite, Cinahl og Medline	18/10/22	2018	Home Care Nursing, Home Care Service, Service, Home Care, Services, Home Care, Care Service, Home, Domicillary Care, Care, Domicillary, Home Health Care, Care Home AND Cancer patients, Oncology patients, Patients with cancer, cancer. AND Terminal, palliative care, terminal care, home health nursing, home care services, home health nursing, community health nursing	94	Actions helping expressed or anticipated needs: Patients with advanced cancer and their family caregivers`experiences of specialist palliative home care teams
Sykepleien	19/10/22	2020	Palliasjon	30	Sykepleieres erfaringer med å bruke ESAS til å kartlegge symptomer hos kreftpasienter
Oria	15/10/22	2020	Hjemmeboende kreftpasienter	14	Jeg gråter noen tårer hver dag: En fenomenologisk studie av hjemmeboende kreftpasienters

					beskrivelse av deres livssituasjon i palliativ fase.
Sykepleien	16/10/22	2017	Palliativ fase	36	Individuell plan i palliativ fase – ei hjelp til meistring for pårørende

Vedlegg 3 – Litteratormatrise

Tittel, forfatter, årstall	Bakgrunn/mål	Metode	Resultat/funn
«Sykepleieres erfaringer med å bruke ESAS til kartlegge symptomer hos kreftpasienter» Ihler, E. M. & Sæteren, B. (2020).	Pasientar ramma av kreftdiagnose har ofte samansette symptombilete med mange plagsomme symptom. Effektiv symptomkartlegging, der bruken av ESAS anbefalast. Målet er å utforske sjukepleiarane si erfaring omkring bruken av ESAS for å kartlegge symptom hos pasientar med kreft.	Artikkelen er ein kvalitativ studie, som forskar på sjukepleiarane sin erfaring med bruken av ESAS skjema for å kunne kartleggje symptom hjå pasientar med kreft i palliativ fase. Studien er basert på resultat frå fem kvinnelege kreftsjukepleiarar og ei kvinneleg sjukepleiar utan vidareutdanning. Alle sjukepleiarane har minimum to års relevant arbeidserfaring. Ved datainnsamling vart det nytta semistrukturert intervjuguide	ESAS vert sett på som eit nyttig kartleggingsverktøy, der ein får pasienten sin subjektive symptomoppleving. Det vert vektlagt at ESAS vert nytta regelmessig, og å oppnå formålet med skjemaet.

<p>«Individuell plan i palliativ fase – ei hjelp til meistring for pårørende»</p> <p>Lunde, S. A. E. (2017)</p>	<p>Ein individuell plan vil vere med på å sikre eit tverrfagleg samarbeid med pasienten sjølv og pårørende i eit pasientforløp. Individuell plan kan vere med å avgjere korleis pårørende meistrar situasjonen i heimen, då fleire pasientar i livets slutfase ynskjer å tilbringe tid i eigen heim. Dette var målet til Lunde, å sjå på korleis individuell plan bidreg til meistring hjå pårørende.</p>	<p>Kvalitativ med ei fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming. Det fenomenologiske perspektivet er dei subjektive skildringane til informantane. Det hermeneutiske perspektivet er presentert gjennom analyse og tolking av dei transkriberte samtalane. Informantane som var med i studien var vaksne etterlate som bidrog i utforminga av individuell plan i palliativ fase. Deltakinga skjedde 4 til 18 månadar etter dødsfall til ein vaksen familiemedlem.</p>	<p>Studien viser individuell plan vart opplevd som ei støtte. Planen bidreg til håp og gav kjensel av eit samarbeid omkring pasienten. Ein individuell plan bør verte etablert tideleg i forløpet, slik at pasienten sjølv kan uttrykke det han sjølv ynskjer, i staden for at pårørende får den belastninga om å ta valet om å avslutte livsforlengande behandling.</p>
<p>«Sykepleieres erfaringer med smertelindring til hjemmeboende kreftpasienter»</p> <p>Molnes, S. I. (2014)</p>	<p>Pasientar med kreft har ofte høve for smertelindrande behandling, og fleire ynskjer dette i eigen heim. Molnes vil i studien sjå på sjukepleiarane si</p>	<p>Kvalitative forkingsintervju vart nytta som metode i studien. Inklusjonskriteriane for deltaking i studien var at sjukepleiarane jobba i heimetenesta, og hadde</p>	<p>Resultat viser til at sjukepleiarane sjølv hadde eit ynskjer om ein fagleg oppdatering, men manglande resursar hadde dei ikkje anledning til å oppdatere seg fagleg. Sjukepleiarane opplevde ei alt for lav</p>

	kompetanse med å gi og følge opp smertelindring til heimebuande pasientar med kreft.	minimum jobba der eitt år. Det var ti sjukepleiarar som deltok i studien, frå tre forskjellige omsorgsdistrikt i Midt-Norge.	bemanning, som fører til at pasientar ikkje får den oppfølginga dei har behov for. Sjukepleiarane opplever at dei må bruke tid på å avklare kva heimetenesta kan hjelpe til med og korleis systemet fungerer
«Jeg gråter noen tårer hver dag: En fenomenologisk studie av hjemmeboende kreftpasienters beskrivelse av deres livssituasjon i palliativ fase» Sønning, H. E. & Fossum, M. (2020).	Stadig fleire menneske vert ramma av ein kreftsjukdom. Mange pasientar ynskjer vere heime den siste tida av livet. Studien til Sønning og Fossum vil beskrive korleis heimebuande pasientar med kreft opplevde sin livssituasjon i den palliative fasen, for å auke kunnskapen om kva som bidreg til ein god palliativ omsorg.	Studien har eit utforskande kvalitativt design med individuelle dybdeintervju. Fenomenologisk forskingsmetode vart nytta for å kunne gje kunnskap om pasientanes livssituasjon i den palliative fasen. Åtte heimebuande pasientar med avslutta kurativ behandling vart rekruttert, det var seks kvinner og to menn med på studien	Resultata frå studien var opplevingar knytt til å leve med usikkerheit og uføreseieleg om framtida, samt å føle seg sett og høyrte i møte med medmenneske og helsepersonell, men og den belastande følelse av å svikte dei nærmaste. Studien viser at det var ikkje frykt for døden, men opplevinga av å skulle svikte dei som ein er glad i. Kommunikasjon vart sett på som viktig i den palliative fasen.
«Actions helping expressed or anticipated needs: Patients with advanced cancer and their family caregivers`experiences of specialist palliative home	Pasientar med langkomen kreft og pårørande i palliativ fase møter fysiske, psykiske, sosiale og eksistensielle	Artikkel har ein kvalitativ forskingstilnærming, for å kunne studere pasientanes og pårørande si erfaring for å gje ein breiare	Resultat viser at organisering og tilførsle av tilstrekkelege ressursar var den største hjelpekategorien som vart nemnt av deltakarane. Den viser korleis sjukepleiarar og

<p>care teams»</p> <p>Klarare, A., Rasmussen, B. H., Fossum, B., Hansson, H., Fürst, C. J. & Lundh. C. H. (2018).</p>	<p>utfordringar i tida heime. Palliativ team kan gje ein tryggleik i ein usikker tid. Studien beskriv pasientar og pårørande si opplevingar med palliativ team.</p>	<p>forståing av den kliniske konteksten, samt forståing for betydninga og implikasjonen av forskingsfunn innanfor palliative omsorgskontekst. Studien gjennomførte tretten intervju som varte mellom 30 og 90 minutt.</p>	<p>legar organisera omsorg, medisintlevering, instruksjonar og lærar pårørande korleis dei på sin måte kan bestå med omsorg. Det tverrfagleg samarbeidet spelar ei viktig rolle. Pasientar og pårørande opplevde eit helsevesen som heldt sine ord med omsorg i heimen, og var trygga på at dersom noko uventa skulle inntreffe kunne dei støtte seg på helsepersonell</p>
---	---	---	--



Høgskulen på Vestlandet

Bacheloroppgave i sykepleie

SK152-O-2022-HØST-FLOWassign

Predefinert informasjon

Startdato:	09-12-2022 09:00 CET	Termin:	2022 HØST
Sluttdato:	12-12-2022 14:00 CET	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Bacheloroppgave i sjukepleie		
Flowkode:	203 SK152 1 O 2022 HØST		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.:	304
---------------------	-----

Informasjon fra deltaker

Antall ord *:	7796
----------------------	------

Egenerklæring *: Ja
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:	36
Andre medlemmer i gruppen:	Deltakeren har innlevert i en enkeltmannsgruppe

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