



# Smertelindring til hjemmeboende kreftpasienter i den palliative fasen

Kandidatnummer: 549  
Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave  
i sykepleie

Antall ord: 8452  
Dato: 23.04.2019



ABSTRAKT	Lovisenberg diakonale høgskole Dato: 23. april 2019
Tittel: Smertelindring til hjemmeboende kreftpasienter i den palliative fasen	
<p><u>Problemstilling</u> Hvordan kan sykepleier bidra til bedre smertelindring til hjemmeboende kreftpasienter i den palliative fasen?</p> <p><u>Teoretisk perspektiv</u> Sykepleiers lindrende funksjon står sentralt i pleie av kreftpasienter. Smerte er et av flere symptom kreftpasienten plages med. Kreftmerter er ofte utfordrende å lindre, da de består av ulike typer smerter. Smertene påvirkes ofte av fysiske og psykologiske faktorer. For at sykepleier skal kunne bidra til best mulig smertelindring kan kartleggingsverktøy være et godt hjelpemiddel. I den palliative fasen har ofte pasienten behov for å snakke om livet og døden. For å få til gode samtaler må det være en relasjon til stede, samt at sykepleier må ha gode kommunikasjonsferdigheter. Pårørende spiller en sentral rolle når pasienten mottar palliasjon i hjemmet.</p> <p><u>Metode</u> Oppgaven er et litterært studie der eksisterende kunnskap legges til grunn for å besvare problemstillingen. For å belyse problemstillingen har pensum- og lærebøker, fag- og forskningsetikker, samt lover og veiledere blitt benyttet.</p> <p><u>Drøfting</u> Smertelindring til hjemmeboende kreftpasienter kan være utfordrende. Hjemmesykepleien har ofte begrenset tid, noe som kan påvirke smertelindringen pasienten får. Kontinuitet kan bidra til bedre smertelindring, men på grunn av turnusarbeid og at enkelte pasienter har hyppige besøk kan kontinuiteten bli utfordrende. I tillegg spiller relasjonen mellom pasient, pårørende og sykepleier inn ved lindring av psykologiske smerter.</p> <p><u>Konklusjon</u> Kartlegging av smerter er viktig for å kunne bidra til god smertelindring hos hjemmeboende kreftpasienter. En god relasjon mellom pasient, pårørende og sykepleier er ofte nødvendig for at pasienten ønsker å snakke om livet og døden. Dette er temaer som kan påvirke den psykologiske smerter som kan komme til uttrykk gjennom fysisk smerte. At sykepleieren har gode kommunikasjonsferdigheter og nok tid er sentralt i møte med palliative kreftpasienter som bor i hjemmet.</p>	

## **Innholdsfortegnelse**

<b>1</b>	<b>Innledning .....</b>	<b>1</b>
1.1	Problemstilling .....	2
1.2	Avgrensing .....	2
<b>2</b>	<b>Teoretisk kunnskapsgrunnlag .....</b>	<b>4</b>
2.1	Palliativ pleie i hjemmet .....	4
2.2	Smerter .....	6
2.3	Total smerte.....	7
2.4	Smertekartlegging.....	8
2.5	Kommunikasjon og relasjonsbygging.....	10
2.6	Hjemmet som arena.....	11
2.7	Tverrfaglig samarbeid.....	12
<b>3</b>	<b>Metode .....</b>	<b>14</b>
3.1	Fremgangsmåte og søkehistorikk.....	14
3.2	Kildekritikk .....	16
3.3	Etiske vurderinger ved bruk av egne erfaringer .....	17
<b>4</b>	<b>Forskningsresultater .....</b>	<b>18</b>
<b>5</b>	<b>Drøfting .....</b>	<b>21</b>
5.1	Palliasjon i hjemmet .....	21
5.2	Smertekartlegging.....	23
5.3	Total smerte.....	25
5.4	Kommunikasjon og relasjon .....	26
<b>6</b>	<b>Konklusjon.....</b>	<b>28</b>
<b>7</b>	<b>Referanseliste.....</b>	<b>29</b>

# 1 Innledning

Kreft er et tema som engasjerer og berører store deler av befolkningen. Bergsagel (2018) skriver at i 2017 var første gang kreft var registret som den hyppigste årsaken til død i Norge. De fleste som bor i Norge kjenner noen som har, eller selv har opplevd kreft. Fonn (2015) sier at pasienter som bor hjemme ofte formidler utrygghet når det kommer til smertebehandling. I hjemmesykepleien er det ofte mange ansatte med ulik kompetanse å forholde seg til, dette kan bidra til at utryggheten forsterkes. Hustad (Referert i Fonn, 2015) skriver at pasientene med smerteproblematikk som regel ønsker å være innlagt på sykehuset, enn å motta pleie hjemme. Hjemmesykepleien har ofte med mange ansatte, også ufaglært med varierende kunnskap.

Da samhandlingsreformen trådte i kraft 1. januar 2012 krevde det styrket kompetanse og kapasitet i primærhelsetjenesten. Samhandlingsreformen innebærer at den enkelte pasient skal ligge kortest mulig tid på sykehuset. Når sykehuset betegner en pasient for utskrivningsklar er det kommunene som har ansvaret. Det resulterte i at hjemmesykepleien begynte å ta i mot stadig sykere pasienter Et av hovedmålene til samhandlingsreformen var at pasientene skulle behandles på lavest mulig pleienivå (Riksrevisjonen, 2016). Pasienter mottar hjemmesykepleie når det har oppstått sykdom, svekket helse, alderdom eller livssituasjon som øker hjelpebehovet i kortere eller lengre tid. Tilbudet gis når det er behov for helsehjelp i hjemmet, uavhengig av alder og sykdom (Birkeland & Flovik, 2018). Dette er lovfestet i Hele- og omsorgstjenesteloven (2011) §3-2, og Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) §2-1a.

Kreftpasienter i den palliative fasen har ofte flere symptomer som oppleves plagsomme. Det symptomet flest kreftpasienter frykter er smerte (Lorentsen & Grov, 2016). 70-80% av pasienter med langtkommen kreft har behandlingkrevende smerter (Kongsgaard, 2017). Rundt 50% av pasienten med behandlingkrevende kreft smerter får tilfredsstillende smertelindring. Det er mange ulike faktorer som kan påvirke det lave tallet, blant annet mangelfull kunnskap om sykdommen hos helsepersonell, dårlig diagnostikk, behandlingsanbefalinger som ikke blir fulgt opp og dårlige samarbeid mellom ulike instanser (Knudsen & Kaasa, 2016).

Når det kommer til lindring av smerter har sykepleier en sentral funksjon. Hovedfokuset bør være å sørge for at pasienten får best mulig livskvalitet. Gjennom å lindre plagsomme

symptomer, pleie den døende og ta vare på de pårørende kan pasienten oppleve økt trygghet og dermed så god livskvalitet som mulig. For at sykepleier skal kunne bidra til bedre livskvalitet og lindring av smerter må hun beherske å kommunisere med både pasienten og pårørende på et dypt personlig nivå. Sykepleieren må også ha evne til tilstedeværelse i møte med bekymringer, uro og lidelse, i tillegg til å være en god lytter. Sykepleiere som møter dødene kreftpasienter må ha en høy kompetanse innen for felte, der kommunikasjon og symptomlindring bør stå i fokus (Trier, 2013). Sykepleier har ansvar for å følge opp medisineren legen har forordnet. For at sykepleier skal kunne utøve forsvarlig håndtering av smertelindrende medikamenter må hun ha god kunnskap om absorpsjon, dosering, virketid, virkning og bivirkninger på gjeldene legemiddel (Danielsen, Berntzen & Almås, 2016).

Da jeg var i praksis i hjemmesykepleien møtte jeg kreftpasienter i den palliative fasen. I denne perioden fikk jeg erfare hvor liten tid man hadde hos den enkelte pasienten. Dette gjaldt også kreftpasienter i den palliative fasen. I arbeidsplanen var det kun satt av tid til gjennomføring av de fysiske oppgavene som måtte gjøres. Det var i liten grad satt av tid til å samtale med pasienten. Dette resulterte i at samtaler rundt smerter og andre viktige temaer, som pasienten var opptatt av ofte ble bortprioritert. I løpet av praksisperioden fikk jeg erfare hvordan man kunne bidra til god smertelindring i den palliative fasen. Jeg var også vitne til kreftpasienter som ikke fikk den smertelindringen de hadde behov for. I tillegg opplevde jeg at både pasientene med kreftdiagnose og pårørende hadde behov for mer oppfølging for å få så god hverdag som mulig i en ofte håpløs situasjon. Dette bidro til at jeg ønsket å fordype meg i smertelindring hos hjemmeboende kreftpasienter. Som nyutdannet sykepleier ønsker jeg å ha større forutsetning til å bidra til at også hjemmeboende kreftpasienter får best mulig smertelindringen.

## **1.1 Problemstilling**

«Hvordan kan sykepleier bidra til bedre smertelindring hos hjemmeboende kreftpasienter i den palliative fasen?»

## **1.2 Avgrensning**

Denne oppgaven vil omhandle hjemmeboende, voksne pasienter som mottar hjemmesykepleie og har en langtkommen inkurabel kreftdiagnose. I oppgaven omtales pasienten som han, og sykepleieren omtales som hun. Pasienten er i den palliative fase og bor

med pårørende. Med den palliative fasen menes at forventet levetid er mindre enn 9-12 måneder (Helsedirektoratet, 2015). Jeg har valgt disse avgrensningene, da man i hjemmesykepleien møter palliative kreftpasienter i alle aldre og som er forskjellige stadier i livet. Jeg har valgt å skrive om de som bor med pårørende. Birkeland & Flovik (2018) skriver at det ofte er nødvendig at pasienter med kreft bor sammen med pårørende når de er i den palliative fasen. Jeg har valgt å fokusere på hvordan sykepleier kan kartlegge smertene til kreftpasienter, ulike kreftsmarter og viktigheten av å se hele mennesket, samt og bruke tid på samtale for å lindre smerte. Grunnet oppgavens omfang velger jeg i liten grad å gå inn på konkrete tiltak.

## 2 Teoretisk kunnskapsgrunnlag

### 2.1 Palliativ pleie i hjemmet

European Association for Palliative Care (EAPC) og Verdens helseorganisasjon (WHO) sine definisjoner er utgangspunktet når Helsedirektoratet definerer palliasjon slik:

Palliasjon er aktiv behandling, pleie og omsorg for pasienter med inkurabel sykdom og kort forventet levetid. Lindring av pasientens fysiske smerter og andre plagsomme symptomer står sentralt, sammen med tiltak rettet mot psykiske, sosiale og åndelige/eksistensielle problemer. Målet med all behandling, pleie og omsorg er best mulig livskvalitet for pasienten og de pårørende. Palliativ behandling og omsorg verken fremskynder døden eller forlenger selve dødsprosessen, men ser på døden som en del av livet. (Helsedirektoratet, 2015, s. 11)

I palliasjon står sykepleierens lindrende funksjon sentralt. Målet for sykepleieren er å fremme best mulig livskvalitet hos den enkelte pasient. I den forbindelse er også pårørende en viktig ressurs. Et av fokusområdene i møte med pasienter med kreft bør være lindring av plagsomme symptomer som blant annet smerter (Trier, 2013), samt å begrense psykiske og sosiale belastninger (Nortvedt & Grønseth, 2016). Ved lindring av fysiske symptomer må sykepleieren observere pasienten, vurdere tilstanden og administrere medikamenter forordnet av lege og dokumentere eventuell effekt. For at sykepleieren skal kunne bidra til å begrense psykiske og sosiale belastninger, må pasienten få tid og mulighet til å snakke om temaer som berører han. Psykiske og sosiale belastninger kan komme til uttrykk gjennom fysisk smerte (Trier, 2013). Dette kommer jeg tilbake til under punkt 2.3 Total smerte.

For å sikre best mulig smertelindring er det viktig å fokusere på hva som forårsaker smerten. Dette gjelder overalt i helsevesenet, også i hjemmesykepleien. Alle medikamenter som kreftpasienten tar har en ønsket effekt, men kommer også med ulike bivirkninger som kan påvirke pasientens livskvalitet. Ulike bivirkninger som kan oppstå er kvalme, obstipasjon, søvnighet og svimmelhet. Det er pasienten som bestemmer hvor balansen mellom effekt og bivirkning går. Her forutsettes det høy kompetanse hos sykepleieren for å kunne bistå pasienten i slike avgjørelser. Målet vil være å ha best mulig effekt med minst mulig bivirkning. Denne balansen kan være utfordrende. God informasjon fra sykepleier om både effekt og bivirkninger som er forventet og hvor lenge det forventes å vare, er nødvendig for at

pasienten skal kunne ta et reelt valg om å avslutte behandlingen av medikamentet eller ikke (Jensen, 2015).

Kreftpasienter som mottar palliasjon i hjemmet må som oftest bo sammen med et voksent familiemedlem for at det skal være gjennomførbart. Dette er som regel ektefelle, samboer eller voksne barn (Birkeland & Flovik, 2018). Å bo med pårørende i den palliative fasen, kan bidra til at pasienten opplever trygghet og pårørende kan hjelpe til å ivareta pasientens integritet og selvbilde. Pårørende kan også bidra til lindrende pleie når hjemmesykepleien ikke er tilstede (Stensheim, Hjermsstad & Loge, 2016).

I følge Helse- og omsorgstjenesteloven (2011) §7-1 har alle som mottar langvarige og koordinerte tjenester fra kommunen rett til en individuell plan. Dette er også lovfestet i Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) § 2-5 og Helsepersonelloven (1999) §4. Sykepleieren har ansvar for å utarbeide individuell plan sammen med pasienten og eventuelt pårørende når det er ønske om dette. Involvering av pasienten og pårørende er sentralt for å sikre et pasienttilpasset forløp. For at sykepleier skal kunne gi god smertelindring i den palliative fasen er det viktig med et tett og forutsigbart forhold mellom pasient, pårørende og helsepersonellet. Hjemmesykepleien er tilgjengelig hele døgnet, dette kan være med på å gi trygghetsfølelse både for pasienten og pårørende (Birkeland & Flovik, 2018).

Når pasienten har smerteproblematikk i livets slutfase er det viktig at sykepleier har et tett samarbeid med lege og/eller sykehus for å sikre best mulig behandling (Birkeland & Flovik, 2018). I den palliative perioden må ofte pasienten ha ett eller flere opphold på institusjon, som for eksempel sykehus, for avlastning eller av medisinske grunner. Dette for å sikre at pasienten får best mulig behandling ut ifra symptombilde, situasjonens kompleksitet og problemstillingen til pasienten. Om mulig skal kompetansen komme hjem til pasienten og ikke motsatt. Hvis dette ikke lar seg gjennomføre legges pasienten som regel inn på sykehuset, eller andre institusjoner med relevant kompetanse (Helsedirektoratet, 2015). Pasienter kan føle en trygghet ved åpen retur til sykehus. Det vil si muligheten til legge seg inn på en avdeling han har avtale med om det blir behov for det (Birkeland & Flovik, 2018).



## 2.2 Smerter

Smerter er det symptomet flest kreftpasienter frykter mest (Kongsgaard, 2017). En mye brukt definisjon på smerter er «en ubehagelig sensorisk og emosjonell opplevelse som følge av faktisk eller potensiell vevsødeleggelse» (International Association for the Study of Pain, 2017). Smerter er en subjektiv opplevelse som uttrykkes og oppleves forskjellig. Det er viktig å huske at smerteterskelen er ulik hos hver enkelt pasient (Knudsen & Kaasa, 2016). Hvis kreftpasienten har hatt smerter over lengre tid med dårlig smertelindring kan smerteopplevelsen forsterkes. For å kunne bidra god smertelindring er det viktig at sykepleier har kunnskap om hvilke faktorer som påvirker smerteopplevelsen (Kongsgaard, 2017). Travelbee (1999) skriver at smert er et vagt begrep, da det kun er gjennom pasientens atferdsendring og fysiologiske endringer det kan observeres. Hun vektlegger også at for enkelte pasienter kan det være vanskelig å beskrive den eksakte smerteopplevelsen. Noe som kan resultere i en følelse av ensomhet.

Pasienter med langtkommen kreft opplever ofte flere ubehagelige symptomer. Smerter er et vanlig symptom blant denne pasientgruppen. 70-80% av pasientene med langtkommen kreft har behandlingskrevende smerter (Kongsgaard, 2017). Pasienter med kreftmetastaser til skjellet har ofte en større smerteproblematikk enn de uten spredning til skjellete. Skjelletmetastaser er vanligst ved prostatskraft, brystkreft og lungekreft (Lorentsen & Grov, 2016). Det er derfor viktig å ha et fokus på god smertebehandling for å lindre smerter i kreftomsorgen (Kongsgaard, 2017). Sykepleier må ha kunnskap om at kreftsmerter består av både kroniske og akutte smerter, der årsaken kan komme av nociseptive, nevropatiske og/eller idiopatiske smerter. Andre symptomer relatert til kreftsykdommen kan også forårsake smerte. Faktorer som kan påvirke smerteopplevelsen kan være obstipasjon, mucositt, og muskelatrofi (Lorentsen & Grov, 2016). Smerte påvirker også søvn, konsentrasjonsevne, respirasjon, matlyst og aktivitetsnivået (Danielsen et al., 2016). I den palliative fasen forandres symptom bildet seg ofte. Sykepleier må derfor se på hele symptom bildet, og iverksett tiltak ut i fra dette (Lorentsen & Grov, 2016).

Kreftsmerter klassifiseres ofte som akutt og kroniske smerter der episodiske smerter forekommer. Kroniske og akutte smerter kan opptre hver for seg eller samtidig (Kongsgaard, 2017). Akutte smerter er smerter som varer opp mot 3 måneder. Varer smerten mer enn 3 måneder blir de ofte betegnet som kroniske (Danielsen et al., 2016). Kreftpasienter kan også

oppleve episodiske smerter, også kalt gjennombruddssmerter. Dette er forbigående kortvarige smerter som kun varer noen minutter, i tillegg til de allerede eksisterende smertene. Årsaken til episodiske smerter kan variere, men ofte skiller man på bevegelsesrelaterte eller ikke-bevegelsesrelaterte episodiske smerter. En hyppig årsak til bevegelsesrelaterte smerter er skjelletmetastaser (Knudsen & Kaasa, 2016).

En annen inndeling av smerter er nociseptive smerter, nevropatiske smerter og idiopatiske smerter. Denne inndelingen forteller noe om hvor smerten oppstår. Når kroppen blir utsatt for vevsødeleggelse, eller kroppen får signaler om en prosess som kan føre til vevsødeleggelse, omtales dette som nociseptive smerter. Dette er en smertetype som ofte oppstår akutt. Nevropatiske smerter oppstår ved skade i sentralnervesystemet eller i det perifere nervesystemet. Denne smertetilstanden oppstår når en nerve blir utsatt for skade ved for eksempler strålebehandling, men kan også ha ukjent årsak. Strålebehandling kan gi nevropatiske smerter, men det er ikke gitt at alle får dette. Idiopatiske smerter er smerte som man ikke klarer å påvise årsaken til. Det vil si at det ikke er påvist vevskade. Smertene kan heller ikke relateres til psykiske lidelser som gir smerte (Danielsen et al., 2016).

### **2.3 Total smerte**

Total smerte eller «total pain» er et begrep som er mye brukt for å beskrive kompleksiteten av kreftsmerte (Knudsen & Kaasa, 2016). Cicely Saunderson var den første som brukte begrepet total smerte i kreftomsorgen. Hun forsket på kompleksiteten til kreftsmerte fra 1957 til 1967 (Andershed & Ternstedt, 2013). Smerteopplevelsen påvirkes av mer enn kun fysiske forholdene som vevsødeleggelse og/eller funksjonstap. Sosiale, psykiske og åndelige/eksistensielle forhold kan påvirke smertefølelsen (Knudsen & Kaasa, 2016). Det kan være vanskelig å skille psykisk og fysisk smerte fra hverandre. Fysiske smerter har innvirkning på det følelsesmessige, og den psykiske smerten har innvirkning på den fysiske opplevelsen av smerter (Travelbee, 1999). Sykepleier må kartlegge de psykologiske faktorene for å kunne bidra til best mulig smertelindring hos hjemmeboende kreftpasienter. Angst, uro og nedstemthet, samt kreftpasienter som mottar en dårlig beskjed, kan øke smertefølelsen pasienten har. Dette går på den psykiske faktoren. Omring 25-30% av kreftpasienter med langtkommen sykdom opplever psykiske plager (Knudsen & Kaasa, 2016). Årsaken til at kreftpasienter psykiske plager kan være at de bidra annerledes i familien, i vennekretsen eller på jobb enn de gjorde tidligere. I tillegg kan de oppleve følelser som håpløshet, meningsløshet

og maktesløshet. Disse faktorene spiller inn på den psykiske smerten, og det er viktig at sykepleier tar seg tid til å snakke med pasienten rundt temaene (Hench, 2013).

Den sosiale smerten er en annen faktor som kan påvirke smerteopplevelsen til pasienten. Funksjonssvikt og symptomer relatert til kreftsykdommen kan hindre pasienten i å leve et like sosialt liv som han i utgangspunktet har ønske om (Hench, 2013). Sosial isolasjon kan være en konsekvens ved langvarig smerte. Følelsen av ensomhet, og at man ikke klarer å gjøre det man gjorde før, kan bidra til sosial smerte og gi økt smertefølelse (Knudsen & Kaasa, 2016).

Eksistensiell smerte og åndelig smerte handler mye om det samme. Spørsmål rundt døden, meningen med livet, eksistensiell ensomhet og frihet dukker ofte opp i den palliative fasen. Dette kan bidra til å øke opplevelsen av smerter (Hench, 2013). For å kunne lindre åndelig og eksistensiell smerte må sykepleier forholde seg til pasientens egen opplevelse av situasjonen. Sammen må pasienten og sykepleieren få en fellesforståelse av pasientens opplevelse. Tanker rundt livet og døden vil være viktig for flere pasienter og snakke om (Birkeland & Flovik, 2018). Hvis pasienten har mange tanker og følelser rundt disse temaene og ikke snakker om dette med noen kan det, som nevnt føre til en økt smertefølelse (Hench, 2013). Ved at sykepleieren har god kunnskap om hvilke psykiske faktorer som påvirker smerteopplevelsen, kan det bidra til økt lindring av de smertene pasienten formidler. Psykologiske plager hos pasienter med kreftdiagnose i hjemmesykepleien er ofte underdiagnostisert. Det er derfor viktig at sykepleier er bevisst viktigheten av å kartlegge dette området (Knudsen & Kaasa, 2016).

## **2.4 Smertekartlegging**

For å kunne begrense omfanget av smerte forutsetter det at sykepleieren kartlegger hvordan pasienten opplever smerten (Nortvedt & Grønseth, 2016). Ved at sykepleieren bruker det kliniske blikket, og samtaler med pasienten kan hun få god informasjon om opplevd smerte. Økt puls og respirasjon, samt utvidede pupiller og svetting kan være fysiologiske tegn på smerte. I tillegg kan pasienten ha atferdsmessige reaksjoner som ynking/gråting, økte muskelspenninger, rynket panne, grimaser og/eller snakke mye om smerter. Ved å observere disse områdene, og stille oppfølgende spørsmål kan sykepleier få mye informasjon om kreftpasientens smerter. Dette er viktige elementer for å kunne bidra til smertelindring til pasienter med kreftdiagnose (Danielsen et al., 2016).

For å kartlegge smerter finnes det ulike kartleggingsverktøyer som kan hjelpe pasienten å formidle opplevelsen. Om pasienten selv ikke er i stand til å fylle ut skjemaene, finnes det skjemaer som pårørende og/eller sykepleier kan fylle ut. De mest brukte kartleggingsverktøyene er visuell numerisk skala (NRS), kroppskart og Edmonton Symptom Assessment Scale (ESAS). NRS er en skala fra 0-10 der 0 er ingen smerte og 10 er verst tenkelig smerte. Denne skalaen er med på å beskrive intensitet av smerteopplevelsen (Danielsen et al., 2016). Episodiske smerter pleier ofte å ha en smerteintensitet mellom 6-10 på NRS-skalaen (Knudsen & Kaasa, 2016). Ved bruk av NRS er det viktig å dokumentere resultatet og bruke skalaen regelmessig. Den kan være et godt hjelpemiddel for sykepleieren for å dokumentere effekten pasienten har av den medikamentelle smertebehandlingen. Skalaen kan også brukes til å kartlegge episodiske smerter (Danielsen et al., 2016).

Kroppskart egner seg for å kartlegge kreftpasienter med kroniske smerter. Da får man bilde av kroppens forside og bakside. Videre markerer man hvor på kroppen smerten er sterkest ved hjelp av ulike fargesymboler. Ved regelmessig utfylling, og dokumentering i journal blir det lettere å observere eventuelle endringer i det kroniske smertebildet. For å få et tydeligere beskrivelse av smerten finnes det spørreskjemaer som kan kombineres med kroppskartet. Dette er med på å tydeliggjøre hvordan pasienten opplever smertene (Danielsen et al., 2016).

ESAS er mye brukt i kreftomsorgen da det kartlegger dyspne, angst, depresjon, kvalme, døsighet, slapphet og smerte, som alle er vanlige symptomer hos kreftpasienter. ESAS består også av en skala fra 0 til 10 der 0 er ingen plag av symptomet og 10 er verst tenkelige plage av symptomet (Mathiesen, 2017). Ved å registrere symptomutviklingen på denne måten føler pasienten ofte at oppfatning av problemene/symptomene blir tatt på alvorlig. Ved bruk av samme kartleggingsverktøy under behandlingen, uavhengig av hvor pasienten mottar pleie, kan det gi pasienten økt opplevelse av trygghet (Norås, 2017). Trøtthet, kvalme, slapphet og nedsatt matlyst kan ofte påvirke smerteopplevelse. Ved å få kartlagt hvert enkelt symptom og iverksatt relevante tiltak kan dette bidra til å redusere smertefølelsen pasienten har. Fordelen med ESAS er at det er lettere å oppdage symptomer, som kunne blitt oversett uten systematisk bruk av skjemaet (Vigstad, Clancy & Broderstad, 2018). Observasjonene som blir gjort ved de ulike kartleggingsverktøyene bør tas med til det tverrfaglige teamet hjemmesykepleien har tilknytning til. Dette kan bidra til at pasienten får best mulig behandling (Mathiesen, 2017).

Det er viktig å huske på at ESAS er et supplement til den gode samtalen, og et verktøy som kan bidra til målrettet symptombehandling (Vigstad et al., 2018).

For å sikre god smertelindring er det viktig at de ulike kartleggingsverktøyene som blir brukt dokumenteres. Dette bidrar til at sykepleiere, og annet helsepersonell kan få et innblikk i om og hvordan smerten endrer seg. For at dokumentasjonen skal være nyttig for andre er det viktig at dokumentasjonen er systematisk utfylt, helst etter mal, samt at den inneholder kun fakta og ikke antagelser (Danielsen et al., 2016). Gjevjon (2015) sier at hvis hjemmesykepleien har god dokumentasjon, kommunikasjon og informasjonsutveksling bidrar dette til kontinuitet i pasientforløpet. Hun legger til at god informasjonsflyt innebærer at helsepersonellet dokumenterer strukturert og systematisk etter samme mal.

## **2.5 Kommunikasjon og relasjonsbygging**

Travelbee definerer kommunikasjon slik:

En prosess som kan gjøre sykepleieren i stand til å etablere et menneske-til-menneske-forhold og dermed oppfylle sykepleiens mål og hensikt, nemlig å hjelpe enkeltindivider og familier med å forebygge og mestre erfaringer med sykdom og lidelse, og om nødvendig å hjelpe dem til å finne mening i disse erfaringene. (Travelbee, 1999, s. 135)

Videre skriver hun at det forgår kommunikasjon mellom sykepleier og den som mottar omsorg kontinuerlig, både ved samtale og ved stillhet. Kommunikasjonen foregår gjennom samtale, holdning, atferd, manerer, ansiktsuttrykk og gester. Når Travelbee skriver om menneske-til-menneske-forhold mener hun interaksjonen som skjer mellom sykepleier og pasienten gjennom bevisst og ubevisst kommunikasjon. Å ha god kunnskap om dette er viktig, for at sykepleieren skal kunne hjelpe pasienten og pårørende til å forebygge og mestre sykdommen og lidelsen best mulig. Menneske-til-menneske-forholdet kommer ikke av seg selv, men bygges opp dag for dag gjennom all kontakt sykepleieren har med pasienten og pårørende. For at sykepleieren skal ha mulighet til å skape opp en god relasjon må hun være bevisst hva hun selv tenker, føler, erfarer og gjør. Sykepleier må også benytte seg av tilgjengelig kunnskap og innsikt som sykepleieren har tilegnet seg i møte med pasienten gjennom studier og praksis (Travelbee, 1999). Dersom sykepleier og annet helsepersonell

som møter pasienten har økt fokus på god smertebehandling, og er bevisst egne holdninger vil det kunne bidra til å bedre smertelindring for pasienten (Granheim, Raaum, Christophersen & Dihle, 2015)

For å kunne bygge gode relasjoner mellom pasienten, pårørende og sykepleieren er det blant annet avhengig av sykepleierens kommunikasjonsferdigheter. Det er viktig at sykepleieren har kunnskap om hvordan hun kan benytte seg av åpne og lukkede spørsmål i samtale med pasienten. Samtidig er det viktig å aktivt lytte og speile pasienten. Da har sykepleieren mulighet til å få frem viktig informasjon i pasientens tempo og på en sensitiv måte (Trier, 2013). I den palliative fasen utfordrer ofte døende pasienters grunnleggende tanker om livet, følelser og eksistens. Dette er alle temaer som kan påvirke pasientens smertefølelse. Sykepleiere må være åpne for å snakke med pasienten om livet og døden om pasienten ønsker det. Her er det også viktig at pårørende inkluderes dersom det er et ønske fra pasienten. (Birkeland & Flovik, 2018). For at sykepleier skal kunne mestre å samtale om disse temaene på en omsorgsfull og profesjonell måte, må sykepleier være bevisst sine egne tanker, følelser og reaksjoner rundt livet og døden (Kalfoss, 2016).

Sykepleieren må være bevisst på å kommunisere tydelig, når hun utforsker opplevelsen og beskrivelsen pasienten har av smertene sine. Flere pasienter tror sykepleieren har fasiten på når pasienten trenger smertestillende legemidler. Pasienten velger derfor ofte ikke å spørre om smertestillende, til tross for opplevd smerte. Sykepleier må ofte stille pasientene direkte spørsmål angående smertelindring før pasienten på tørr å spørre om mer smertestillende (Danielsen et al., 2016). Videre nevner Danielsen et al. at ved å gi konkrete beskjeder og ha tydelige mål vedrørende smerter og smertebehandling, blir det enklere for pasienten å be om smertestillende om det er behov.

## **2.6 Hjemmet som arena**

Hjemmesykepleie er sykepleie som forgår i hjemmet, og blir utført av sykepleier eller annet helsepersonell. Et sentralt punkt i hjemmesykepleien er å vise respekt for andres hjem. Hjemmet er for mange identitet og trygghet, og er personlig og privat. Hjemmesykepleien er et offentlig tjeneste og beveger seg derfor i grenseland mellom privat og offentlig (Birkeland & Flovik, 2018). Målet til hjemmesykepleien vil være at pasienten skal kunne få bo hjemme så lenge det er forsvarlig og ønskelig. Dette gjelder også den hjemmeboende pasienter med

kreftdiagnose. Pasienter som mottar tjenester fra hjemmesykepleien til ulike tider av døgnet gjennom hele uken, vil kunne oppleve at det er mange forskjellige mennesker å forholde seg til. De ansatte i hjemmesykepleien jobber turnus, noe som kan oppleves utfordrende for pasientene uavhengig av diagnose. I hjemmesykepleien bør det derfor være fokus på gode dokumentasjonsrutiner, god informasjonsutveksling og et godt samarbeid mellom de ansatte (Fjørtoft, 2016).

Når hjemmesykepleien kommer hjemme til pasienten inkluderer det ofte både pasienten og pårørende. Når et familiemedlem er alvorlig syk med kreft påvirker pårørende i høy grad. Det viser seg at informasjon og støtte er viktig også for pårørende i denne situasjonen. Pårørende er ofte en viktig ressurs når pasienten er i den palliative fasen. De er hos pasienten når hjemmesykepleien ikke er der, og bidrar til en vesentlig del av omsorgen til den hjemmeboende pasienten. Det er viktig å ta vare på de pårørende og huske på at de kan trenge samtaler eller avlastning (Fjørtoft, 2016). Det kan gjøre det lettere for pårørende å bo med en alvorlig syk kreftpasient om de får avklart hva de kan ha ansvar for (Norås, 2017).

Det finnes flere ulike utfordringer ved smertelindring i hjemmet. For å kunne sikre en god kvalitet på helsetjenesten i hjemmet, er det viktig med høy kompetanse, grundighet, kontinuitet og helhetssyn. Det er også viktig at sykepleier får tilstrekkelig med tid hjemme hos kreftpasienten, slik at pleien og omsorgen fremmer god livskvalitet. Sykepleieren må blant annet sikre at hun får observert både virkninger og bivirkninger av medikamentet som er gitt (Trier, 2013). At pasienten opplever kontinuitet blant personalet kan være vesentlig i den palliative fasen. Spesielt i situasjoner som har krevende kommunikasjon, avanserte prosedyrer eller annen kompleksitet (Haugen & Aass, 2016).

## **2.7 Tverrfaglig samarbeid**

Det kreves god planlegging og tilrettelegging når palliative kreftpasienter ønsker å bo hjemme. De trenger å ha en trygghet om at tjenesten de mottar er god nok. For å få til dette er det viktig med et godt tverrfaglig samarbeid mellom ulike yrkesgrupper (Birkeland & Flovik, 2018). Det er ofte en sykepleier i hjemmesykepleien som får ansvar for å koordinere ulike tjenester rundt pasienten, og bidra til et godt samarbeid mellom ulike instanser. Et sentralt punkt for god samhandling vil være god dokumentasjon hos hjemmesykepleien. Det vil sikre at viktig informasjonen videreformidles til riktig person i det tverrfaglige teamet. Dersom

pasienten har fått utarbeidet individuell plan kan det være et viktig verktøy for godt samarbeid. Individuell plan bidrar til helsepersonellet som er innom, vet hva som skal følges opp hos pasienten. Det skaper forutsigbarhet og trygghet for pasienten. God dokumentasjon av helsepersonellet på utførte oppgaver, og om det oppleves behov for endring i den individuelle planen er viktig å ta opp dette i det tverrfaglige teamet. Dette bidrar til at pasienten får best mulig oppfølging av riktig yrkesgruppe (Fjørtoft, 2016). God samarbeid mellom yrkesgruppene sikrer at pasienten og pårørende mottar den helsehjelpen de har rett på med (Helsedirektoratet, 2015). Aktuelle yrkesgrupper å samarbeide med kan være fastlege, ambulerende team knyttet til sykehus, spesialisthelsetjenesten, psykolog, prest eller annen religiøse ledere og avlastningstjenester for pårørende (Birkeland & Flovik, 2018).

I hjemmesykepleien er samarbeidet mellom helsepersonell og lege spesielt viktig. Legen har det overordnede ansvaret for behandling. Dette innebærer blant annet den medisinske behandlingen. Legen må også ha et tett samarbeid med spesialisthelsetjenesten angående diagnostikk og behandling. Når pasienten ikke er i stand å møte på legekantoret, har legen plikt til å komme på hjemmebesøk. Hjemmesykepleien kan være behjelpelige til å kontakte legen for et hjemmebesøk (Haugen & Aass, 2016).



### **3 Metode**

Metode er redskapet som benyttes til systematisk innhenting av relevant kunnskap om det som skal undersøke. Metoden forteller noe om hvordan data, som svarer på problemstillingen, skal innhentes (Dalland, 2017). Denne oppgaven er et litteraturstudie. I følge Thidemann (2015) kjennetegnes litteraturstudiet ved å innhente kunnskap fra ulike teori, fag- og forskningslitteratur som videre blir kritisk vurdert og systematisert i oppgaven, for å svare på problemstillingen. Dalland (2017) sier at et litteraturstudie skal innhente data fra allerede eksisterende litteratur.

De fleste forskningsartiklene i denne oppgaven bygger på en kvalitativ metode. Kvalitativ metode gir innsikt i erfaringer, meninger og opplevelser, som ikke kan tallfestes eller måles. I en forskningsartikkel brukes kvantitativ metode, som presenterer data i form av målbare enheter. (Dalland, 2017).

#### **3.1 Fremgangsmåte og søkehistorikk**

For å belyse problemstillingen har jeg brukt pensumlitteratur, samt annen relevant faglitteratur, som jeg har funnet på skolens bibliotek. I tillegg har jeg brukt fagartikler, forskning og relevante offentlige dokumenter som lovverk, retningslinjer og veiledere.

For å finne relevante fagbøker som ikke er pensumlitteratur gjennomførte jeg søk i bibliotekets base oria.no. Det ga meg oversikt over bøker som kan være relevante, samt om den er tilgjengelig på biblioteket eller ikke. Før jeg valgte bøker jeg tenkte kunne være relevante, leste jeg igjennom innholdsfortegnelsen for å se om de tok for seg relevante temaer. Når jeg fant relevant bøker som ikke var på pensumlisten, leste jeg disse med et kritisk blikk. Jeg har i tillegg brukt sykepleien.no for å finne aktuelle artikler til å belyse problemstillingen i kapittelet 2. Teoretisk kunnskapsgrunnlag. På sykepleien.no gjennomførte jeg frisk for å finne relevante artikler.

For å finne relevante forskningsartikler har jeg brukt databasene SveMed+, CINAHL og PubMed. På de artiklene som kunne være interessante og som ikke hadde fulltekst tilgang i den aktuelle databasen, brukte jeg Goole Scholar for å finne fulltekst tilgang. Jeg brukte Norsk MeSH for å finne de engelske Mesh-termene, som ble brukt som søkeord. I alle databasene valgte jeg å bruke engelske søkeord. Etter å ha gjennomført ulike søke vurderer

jeg overskriftene til artiklene. Hvis overskriften var relevant gikk jeg videre til å lese abstraktet. Når jeg satt med flere relevante abstrakt, leste jeg hele artikkelen. Til slutt plukket jeg ut de artiklene jeg anså som var relevante for å belyse valgt problemstilling.

Under har jeg beskrevet de ulike søkene jeg gjennomførte med søkemotor, dato, søkeord (MeSH), avgrensning, og hvor mange resultater jeg fikk. Jeg foretok flere søk enn de som er beskrevet under, men valgte kun å inkludere søkene som ga resultater i form av relevante forskningsartikler som brukes for å belyse problemstillingen. Under hver tabell står det hvilke forskningsartikler jeg valgte fra det aktuelle søket. Jeg har valgt å avgrense søkene mine til artikler fra og med 2012. Grunnen til dette er at 01.01.2012 ble Samhandlingsreformen implementert, noe som fikk stor betydning på hvordan kommunehelsetjenesten og hjemmesykepleien ble organisert på bakgrunn av nye arbeidsoppgaver i Norge.

SveMed+ 14.03.2019

	Søkeord (MeSH)	Avgrensning	Resultater
S1	Palliativ care		1 155
S2	Home care		2 256
S3	Home care nurses		1 488
S4	Home care service		1 643
S5	S1 AND S2 AND S3 AND S4	2012-2019	37

Artikkel: Heimesjukepleiærens perspektiv på forhold som fremjar palliasjon i heimen og Sykepleierens erfaringer med smertelindring til hjemmeboende kreftpasienter

PubMed 21.03.2019

	Søkeord (MeSH)	Avgrensning	Resultater
S1	Neoplasms		3 147 588
S2	Palliative care		50 309
S3	Pain management		29 974
S4	Communication		286 359
S5	S1 AND S2 AND S3 AND S4	2012-2019	24

Artikkel: What do patients whit advanced incurable cancer want from the management of their pain? A qualitative study

SveMed+ 25.03.2019

	Søkeord (MeSH)	Avgrensning	Resultater
S1	Neoplasms		8 699

S2	Home care service		1 460
S3	Terminal care		1 373
S4	S1 AND S2 AND S3	2012-2019	8

Artikkel: Sammen går vi døden i møte

### 3.2 Kildekritikk

«Kildekritikk betyr både å vurdere og å karakterisere den litteraturen du har funnet» (Dalland & Trygstad, 2017, s. 158). Videre skriver de at kildekritikk vil si å vurdere hvor egnet og aktuell litteraturen er med utgangspunkt i problemstillingen.

Ved valg av forskningsartikler har jeg påsett at artikkelen har IMRaD-struktur, som er en vanlig oppbygning av artikler (Thidemann, 2015). Jeg har også sjekket at artiklene er publisert i anerkjente tidsskrifter og publikasjonskanaler. Valgte artikler i oppgaven er publisert i tidsskrifter med nivå 1 innenfor vitenskapelig publiseringskanaler. Jeg har også kontrollert at artiklene er fagfellevurdert. At en artikkel er fagfellevurdert gir en kvalitetssikring på at den aktuelle artikkelen er av høyere kvalitet (Dalland, 2017). Tre av de valgte artiklene, som jeg presenterer i punkt 4. forskningsresultater, er forskningen gjennomført i Norge. Jeg trenger ikke å vurdere overføringsverdi da de omtaler hjemmeboende pasienter i den palliative fasen der to av dem omhandler spesifikt kreftpasienter. De to siste artiklene er fra henholdsvis England og USA. Det er viktig å huske på at helsevesenet i disse landene er bygd opp annerledes enn i Norge, og at man må stille seg kritisk til overføringsverdiene. I tillegg er to artikler på engelsk, noe som kan resultere i mistolkning. Dette kan føre til utelukkning av sentrale poenger fra forskningen. Studiene fra England og USA ble inkludert i oppgaven da de er relevante til å belyse problemstillingen.

Pensumlitteratur og annen litteratur har jeg valgt med utgangspunkt i at de har relevans for problemstillingen i oppgaven og at litteraturen har et sykepleierfokus. Jeg har prøvd å bruke nyere litteratur som ikke er eldre enn 10 år. Pensumlitteraturen anser jeg som kvalitetssikker da den er anbefalt av læringsstedet. Jeg har anvendt primærlitteratur, samt sekundærkilder fra pensumlitteratur og faglitteratur. Ved bruk av sekundærkilder har jeg vært påpasselig ved referering. I følge Dalland og Trygstad (2017) kan sekundærlitteratur være oversatt og/eller tolket av andre. Dette kan resultere i et endret perspektiv.

Jeg har brukt Travelbee teori for å belyse menneske-til-menneske-forholdet sykepleier bør bygge opp til pasient og pårørende. Hennes teori er fra midten av 1900-tallet og den aktuelle boka ble oversatt til norsk i 1999 av Kari Marie Thorbjørnsen. Jeg har valgt å inkludere deler av hennes teori da den fortsatt anses som relevant. Travelbee omtales og refereres til i nyere pensumlitteratur og annen nyere faglitteratur.

### **3.3 Ethiske vurderinger ved bruk av egne erfaringer**

I oppgaven har jeg benyttet egne erfaringer fra praksis. Disse har blitt anonymisert med hensyn til taushetsplikt. APA-standard har blitt brukt for korrekt henvisning. Videre har jeg brukt høyskolens retningslinjer for oppgaveskriving med tanke på oppsett og innhold. Retningslinjer for bacheloroppgaven har blitt fulgt.

## 4 Forskningsresultater

Nr.	Forfattere	Tittel	Tidsskrift	Hensikt	Metode	Funn
1	Gunn Kjersti Røgenes, Anne Moen og Ellen Karin Grov (2013)	Heimesjukepleiernes perspektiv på forhold som fremjar palliasjon i heimen	Klinisk Sygepleje	Finne ut hvilke faktorer sykepleier vektlegger for å fremme lengst mulig hjemmetid for pasienter i den palliative fasen	Kvantitativ metode: Spørreskjema utfyllt av 189 sykepleiere	Sykepleierne i studiet mener samarbeid, organisering, informasjon og kommunikasjon er viktig i arbeidet med den hjemmeboende kreftpasienter i palliativ fase. Kvinnelige sykepleiere var flinkere til å bruke kartleggingsverktøy som ESAS for å kartlegge pasientenes symptomer på en systematisk måte.
2	Sven Inge Molnes (2014)	Sykepleieres erfaringer med smertelindring til hjemmeboende pasienter	Nordisk Sygeplejeforskning	Finne ut hvordan sykepleier ser på si egen praksis til smertelindring hos hjemmeboende kreftpasienter.	Kvalitativ metode: semistrukturerte, intervju av 10 sykepleiere i hjemmesykepleien	Sykepleierne i studiet syns det var en stor utfordring å gi hjemmeboende kreftpasienter for smertelindring. De etterlyst bedre kompetanse innen smertelindring, da det var varierende grad i ansattes kunnskap. Sykepleieren mente også at det burde fokuseres mer på god kommunikasjon mellom pasient, pårørende og sykepleier, samt symptomlindring.

3	Jane Gibbins, Rebecca Bhatian, Karen Forbes og Colette M. Reid (2014)	What do patients with advanced incurable cancer want from the management of their pain? A qualitative study	Palliative Medicine	Finne ut hvordan kreftpasienter med inkurabelkreft beskriver smertekontroll, og hva de ønsker ved smertelindring	Kvalitativ metode: Semistrukturert intervju av 12 pasienter med inkurabel kreft	Pasienten i studiet mente smerten var godt nok kontrollert så lenge de kunne gjennomføre aktiveiter eller oppgaver, samt opprettholde forholdet med familie og venner. Dette gjordet at de følte seg som individer og ikke var avhengig av andre for å fungere i hverdagen. Pasienten mente det var mer viktigere å spørre om hvordan pasienten opplevde smerten den aktuelle dagen, og hva smerten lot pasienten gjøre/ikke gjøre. Pasienten mente det ikke var så viktig å sette en score på smerten.
4	Svein Inge Molnes (2015)	Sammen går vi døden i møte	Nordisk Tidsskrift for Helseforskning	Finne ut hvordan hjemmesykepleien møter det åndelige behovet til hjemmeboende kreftpasienter og sykepleierens praksis knyttet til dette	Kvalitativ metode: semistrukturerte, intervju av 10 sykepleiere i hjemmesykepleien	Sykepleieren i studiet møtte på en rekke utfordringer ved å arbeide nært med alvorlige syke og døende pasientr. For å imøtekomme behov og ønsker til denne pasientgruppen, må sykepleier ha kompetanse, trygghet, mot, erfaringer og etisk innsikt. Sykepleierne så også viktigheten av å

						sette av tid til å reflektere rundt og om døden med pasienten og eventuelt pårørende.
--	--	--	--	--	--	---

## 5 Drøfting

I dette kapittelet skal jeg drøfte hvordan sykepleier kan bidra til bedre smertelindring hos hjemmeboende kreftpasienter i den palliative fasen. Til å drøfte kommer jeg til å benytte teorien som er presentert i punkt 2, samt forskningslitteratur.

### 5.1 Palliasjon i hjemmet

I den palliative omsorgen står sykepleierens lindrende funksjon sentralt. Sykepleieren har som mål å bidra til å fremme best mulig livskvalitet hos pasienten og hans pårørende. Pasienter med kreftdiagnose som får mulighet til å tilbringe den siste tiden i hjemmet, beskriver ofte økt livskvalitet. (Trier, 2013). Røgenes, Moen og Grov (2013) bekrefter dette i sitt studie da de fremhever at i den palliative fasen bør pasienten få være hjemme lengst mulig. Videre skriver de at det må være pasienten selv som ønsker dette. I følge Birkeland og Flovik (2018) er pasienter som ønsker å bo hjemme i den palliative fasen ofte avhengig av å bo med en pårørende. Trier (2013) fokuserer på at smertelindring bør stå sentralt i den palliative fasen. Lindring av smerter og annen lidelse er vesentlig for at pasienten kan bo hjemme lengst mulig. Knudsen og Kaasa (2016) viser til at det er viktig å forholde seg til hvordan pasienten selv opplever smerten. Alle pasienter har sin opplevelse og referanse til smerter. Bruk av kartleggingsverktøy kan bidra til pasienten lettere får formidlet smerteopplevelsen (Danielsen et al., 2016). Dette kommer jeg nærmere tilbake til i punkt 5.2 Smertekartlegging.

Trygghet for pasienten er et nøkkelord når man kommer til hjemmesykepleien, uavhengig av årsak til behov for helsehjelp. For at en pasient med langt kommet kreft skal ønske å bo hjemme, må han føle på trygghet til tjenesten han mottar (Stensheim et al., 2016). I studiet til Røgenes et al. (2013) så de at god organisering av hjemmesykepleien bidro til at pasienten og pårørende opplevde trygghet. Trygghet kan oppnås ved kontinuitet og forutsigbarhet, der et begrenes antall ansatte følger opp pasienten. For å kunne yte god og forsvarlig pleie til pasienten kreves det et godt tverrfaglig samarbeid der flere yrkesgrupper er involvert. Dette bekrefter Molnes (2014). Videre vektlegger Molnes nytteverdien av god kommunikasjon mellom sykehuset og hjemmesykepleien ved utskrivning. Når sykehuset formidler nødvendig informasjon om pasientens situasjon, pleiebehov, medisinsk behandling og eventuell videre planer før pasienten skrives ut fra sykehuset. Dette bidrar til at hjemmesykepleien er godt forberedt på pasientens behov. Når sykepleieren er godt kjent med pasientens behov kan det bidra til å skape økt trygghet for pasienten. Og som tidligere nevnt kan opplevd trygghet



redusere opplevelsen av smerter i palliativ fase. Dette krever god dokumentasjon. Birkeland og Flovik (2018) fremhever i tillegg tryggheten pasienten opplever ved å ha åpen retur til en sykehusavdeling de kjenner. Dette bekrefter Røgenes et al. (2013) i sitt studie. Molnes (2014) sitt studiet viser i tillegg at om hjemmesykepleien aktivt bruker ambulerende palliative team, smerteteam og rådgøring hos andre relevante faggrupper, bidrar til å gi trygghet både hos pasienten og pårørende.

Som jeg skrev innledningen erfarte jeg i praksis tidspresset som ofte refereres til i hjemmesykepleien. Jeg opplevde at det kun var satt av tid til konkrete oppgaver, uten tid til å sette meg ned å snakke med pasienten. Når jeg valgte å ta tid til å snakke med kreftpasienten opplevde jeg at han hadde stort behov for informasjon. Det samme gjaldt for pårørende, men de hadde ofte behov for annen type informasjon. I tillegg var det ofte mangelfull dokumentasjon i journalen til pasienten. I Helsepersonelloven (1999) § 40 står det at dokumentasjon skal inneholde nødvendige og relevante opplysninger om helsehjelpen og pasienten. I praksis opplevde jeg at det kunne gå flere dager mellom hver skriftlige dokumentasjon. De ansatte huket kun av at oppdragene var utført, som er en form for dokumentering. Når det gikk noen dager mellom hver gang jeg var hos pasienten kunne jeg registrert endringer hos pasienten uten å finne noe om dette i journalen. Dette til tross for at jeg hadde fått muntlig rapport om små endringer hos pasienten. Å fange opp endringer blir en utfordring når det er mange ansatte innom, og det i tillegg er mangelfull skriftlig dokumentasjon. I studiet til Molnes (2014) blir dette bekreftet. I tillegg skriver han at det er flere ufaglærte på kveldsvakter og i helger enn ellers, noe som kan gå utover kvaliteten på pleien pasienten mottar. Jeg har selv erfart pleiere som ikke har hatt kompetanse til å gjennomføre oppgaver de har blitt satt til. Dette er ikke i tråd med Helsepersonelloven (1999) § 4 der det står at helsepersonell skal utføre faglig forsvarlig og omsorgsfull pleie til pasienten. Det presiseres at helsepersonellet skal utøve tjenester ut i fra eget kompetanse nivå. Dette tror jeg er en utfordring for hjemmesykepleien generelt, og spesielt i forhold til kreftpasienter i palliativ fase, som har stort behov for trygghet og god smertelindring. I NSF sine yrkesetiske retningslinjen (2011) presiseres det at sykepleieren selv har ansvar for å holde seg faglig oppdatert, samt å kjenne til sin egen kompetanse og arbeide ut i fra den.

## 5.2 Smertekartlegging

Nortvedt og Grønseth (2016) vektlegger viktigheten av å kartlegge pasientens opplevelse av smerten. Dette kan bidra til å begrense omfanget av smerter pasienten har. Molnes (2014) bekrefter at god kartlegging av smerten til kreftpasienten er vesnetlig for at sykepleier skal kunne gi god smertelindring til pasienten. Knudsen og Kaasa (2016) skriver at det er viktig å huske at pasientens smerteopplevelse er subjektiv, og det er bare personen som opplever smerten som vet hvordan det føles. Det kan være utfordrende å formilde et fullstendig smerteopplevelsen til et annet menneske. Travelbee (1999) støtter dette. Videre sier hun at når pasienten føler at han formidler et ufullstendig bilde av smerteopplevelsen, kan dette føre til at pasienten opplever en dyp ensomhet i ens smerter.

Det finnes flere gode kartleggingsverktøy for å skaffe seg et helhetlig kartlegging av smertemangfoldet. Disse består ofte av vurderingsskjemaer og/eller skalaer. Verktøyene hjelper sykepleieren til å få en forståelse av smertene. Dette kan gi et godt grunnlag for planlegge, iverksette og evaluere tiltak til smertebehandling, som er individuelt tilpasset (Danielsen et al., 2016). Det kommer tydelig frem i Molnes (2014) sitt stuide at standardiserte kartleggingsverktøy bør brukes for å kartlegge symptomer. Observasjonene sykepleieren rapporterer, og pasientens subjektive opplevelse av smerte ikke nødvendigvis samsvarer. Videre skriver han at ved systematisk og god smerte kartlegging skapes gode rammer når pasienteistuasjonen skal disukteres videre, men også for å se eventuelle endringer av smertebildet til pasienten.

NRS-skalaen gir et godt verktøy for å måle smertens intensitet. Den gir et øyeblikksbilde av smerten, og kan brukes for å registrere endringer i smertebilde eller eventuell effekt av smertelindrende tiltak. For å få til dette må NRS-skalaen brukes flere ganger innen for et gitt tidsrom (Danielsen et al., 2016). ESAS-skjemaet blir brukt til å kartlegge smerte, men også andre symptomer som er vanlige å ha i den palliative fasen. Symptomer ESAS tar for seg er smerter, angst, depresjon, kvalme, døsigheit, slapphet og dyspne (Mathiesen, 2017). Vigstad et al. (2018) fant ut i sitt studie at smerte ofte ses i sammenheng med trøtthet, slapphet, kvalme og nedsatt matlyst. Studiet viser også at systematisk bruk av ESAS kan bidra til å oppdage symptomer man ellers ikke ville oppdaget.

Mine erfaringer fra praksis er at det i liten grad brukes kartleggingsverktøy i hjemmesykepleien for å kartlegge kreftrelaterte smerter. Det var også, som nevnt, utfordringer med dokumentasjonen som ble gjort, den var ofte mangelfull. Det var i liten grad dokumentert hvordan pasienten opplevde smertene. Alle som var innom denne pasienten var kjent med smerteproblematikken til pasienten, men jeg opplevde at det var lite fokus på dette utover medikamentell behandling. Selv brukte jeg ikke kartleggingsskjema, da jeg ikke har fått opplæring i å bruke dem. Det virket heller ikke som at det var vanlig å bruke smerte kartleggingsverktøy der jeg var i hjemmesykepleie praksisen. Studiet til Molnes (2014) bekrefter at få sykepleiere benytter kartleggingsverktøy for smertevurdering. De beskriver at kartleggingsverktøyene ofte oppleves som tidkrevende, og at det derfor velges bort i en travel hverdag. I tillegg var mangel på opplæring av verktøyene en innvirkende faktor. Sykepleieren valgte heller å spørre pasienten om å beskrive smertene. På bakgrunn av informasjonen pasienten gir, vurderer sykepleieren behovet for å sette i gang smertelindrende tiltak. Jeg tror at hjemmesykepleien vil ha nytte av å ha et større fokus på smertekartleggingsverktøy for å bedre smertelindringen til hjemmeboende kreftpasienter.

Når det kommer til kartlegging er det viktig å huske at pasienter er hovedkilden til å formidle den subjektive smerteopplevelsen (Knudsen & Kaasa, 2016). Gibbins, Bhatia, Forbes og Reid (2014) kom i sitt studie fram til at pasientene ikke var opptatt av å sette skår på smertene. Målet til pasienten var ikke nødvendigvis å ha smerte under 3 på NRS-skalaen. For pasienten var det viktigere at smerte var på et nivået som ikke påvirket kontakten med familie og venner, og at de skulle klare å gjennomføre hverdagslige ting som å stelle seg og bidra i hjemmet. Pasientene i studiet mente at god relasjon mellom pasient og sykepleier var viktigere for en god smertebehandling enn å bruke kartleggingsverktøy. Den gode relasjonen bygges opp ved jevnlig kontakt mellom pasient og sykepleier. Ved å ha en god relasjon fikk sykepleier også bedre innsikt i smerteproblematikken. Ut i fra egne erfaringer vil jeg bekrefte dette. Ved å følge opp pasienter regelmessig gjennom praksis erfarte jeg at en god relasjon utgjorde en forskjell i kvaliteten på informasjonen jeg fikk. Jeg fikk bedre forståelse for hvordan pasienten opplevde smerte og hvordan dette påvirket hverdagen. Jeg erfarte at det er tidkrevende å bygge en relasjon til pasienter og pårørende og at dette kan være en utfordring i hjemmesykepleien. Den høye arbeidsbelastningen til sykepleierne i hjemmesykepleien påvirker kvaliteten på tjenesten som ytes, og gjør det utfordrende å gi god smertelindring. Dette bekrefter Røgenes (2013) i sitt studiet.

### 5.3 Total smerte

Lindring av psykologisk smerte ofte et område som blir forsømt i hjemmesykepleien (Knudsen & Kaasa, 2016). Når pasienten er i den palliative fasen, dukker det ofte opp spørsmål og tanker rundt liv og død (Birkeland & Flovik, 2018). Molnes (2015) bekrefter dette. Ett av funnene hans i studiet var at det flest pasienter fryktet ikke var selve døden, men smertene og plagene som kom når døden nærmet seg. I følge Knudsen og Kaasa (2016) er det flere forhold som kan påvirke den psykiske smerten, blant annet angst, uro, nedstemthet, ensomhet og endringer i det sosiale livet.

Molnes (2015) sitt studie viser at flere sykepleiere ikke våger å snakke om døden. Dette kan resultere i at pasienten ikke har like mye åpenhet og kan få økt smertefølelse. Kalfoss (2016) mener at sykepleieren må ha et avklart forhold til egne tanker, følelser og reaksjoner rundt dette temaet for å kunne samtale med kreftpasienten og pårørende på en profesjonell måte. Dette bekrefter Molnes (2015) i sitt studiet. Han legger også til at det for mange sykepleiere kan være utfordrende å ta del i både pasientens og pårørendes glede, håp, sorg og frykt. Studiet mener grunnen til dette kan være at situasjoner involverer sykepleierens egne opplevelser, tanker og følelser. For mange kan dette være både ubehagelig og utfordrende.

Flere sykepleiere i hjemmesykepleien opplever at den alvorlig syke og dødende pasienten er preget av kaos og usikkerhet. De opplever at pasienten befinner seg i en krisesituasjon. Dette kan bidra til at smerteopplevelsen øker (Molnes, 2015). Det er god sykepleie å ta seg tid til å snakke med kreftpasienten i denne situasjonen. Det kan føre til at de sammen får en fellesforståelse av hva pasienten sliter med, og hvordan dette påvirker smerteopplevelsen. For pasienten kan det være god hjelp å få sette ord på tanker og følelser, noe som igjen kan redusere smertefølelsen (Birkeland & Flovik, 2018). Molnes (2015) trekker frem at som sykepleier er det viktig å ta pasientens reaksjoner på alvor. I slike situasjoner er sykepleierens hovedoppgave å være lyttende og tilstedeværende. Dette bekrefter Birkeland og Flovik (2018).

I løpet av praksisperioden erfarte jeg at det i liten grad ble fokusert på den totale smerte. Når det var snakk om smerte, snakket de om den fysiske smerten, og spurte ikke så mye rundt hva pasienten trodde den kom av. Det virket som flere hadde mangelfull kunnskap om total

smerte. Som sykepleierstudent syns jeg dette var utfordrende å gå i samtaler med pasienter og pårørende spesielt om den psykologiske smerten. Jeg følte selv at jeg ikke hadde nok kunnskap om det til å kunne gjennomføre den gode samtalen. Dette tenker jeg omhandler både teoretisk kunnskap om hvordan smerte påvirkes, og at jeg som sykepleierstudent har mye å lære om kommunikasjon med kreftpasienter og deres pårørende i palliativ fase. Dette er kompetanse jeg mener er svært viktig å tilegne seg for å kunne ivareta denne pasientgruppen på best mulig måte.

#### **5.4 Kommunikasjon og relasjon**

For at pasienten skal kunne motta god smertelindring er det viktig at sykepleier har gode kommunikasjonsferdigheter. Dette bidrar til å bygge en relasjon mellom pasient, familie og sykepleier (Trier, 2013). Molnes (2015) bekrefter at sykepleier må bygge relasjon til både pasient og pårørende. Danielsen et al. (2016) skriver om at tillit, trygghet og respekt kan bidra til å forsterke effekten av smertelindringen pasienten mottar. Molnes (2015) mener også at tillit og trygghet er viktig for smertelindring i hjemmet, i tillegg trekker han fram tid og tilstedeværelse som viktige faktorer. Travelbee (1999) bekrefter tilstedeværelse er viktig for å bygge en relasjon. En god relasjon vil føre til at pasienten og pårørende føler tillit og trygghet til sykepleieren. I følge NSF sine yrkesetiske retningslinjer (2011) skal sykepleier vise respekt og omtanke for pasient og pårørende. Jeg har i praksis erfart at ved å vise respekt og omtanke kan påvirke tilliten pasient og pårørende har til sykepleieren. Noe som igjen er med på å bygge relasjonen mellom pasient, pårørende og sykepleier.

Molnes (2015) skriver at ved å inkludere de rundt pasienten blir det lettere å arbeide i pasientens hjem. Videre legger han til at når den alvorlige syke velger å bo hjemme påvirker dette også de pårørende. De står ofte for pleien av den kreftsyke når hjemmesykepleien ikke er til stede i hjemmet. Norås (2017) skriver at tydelige arbeidsgrensene kan gjøre det lettere for pårørende å bo hjemme med alvorlig syke kreftpasienter. Molnes (2015) trekker frem at pårørende er redde for å ta på seg for mye ansvar, samtidig som de ønsker å gjøre alt de kan for den den syke. Ut i fra egne erfaringer har jeg sett hvor viktig det er at sykepleier kommuniserer tydelig hvem som har ansvar for de ulike arbeidsoppgavene. Dette kan hjelpe pårørende til å ikke påta seg mer ansvar enn de klarer, har kunnskap om og orker. Ved klar arbeidsfordelingen har jeg også sett at det blir lettere for pårørende å si i fra til

hjemmesykepleier når det er noe. For å oppnå det kreves det god kommunikasjon og en god relasjon til både pasient og pårørende.

I møte med hjemmeboende kreftpasienter må sykepleieren være bevisst på at flere pasienter tror at sykepleieren vet best når de trenger en ny dose med smertestillende. For at pasienten skal tørre å spørre om smertestillende, må ofte sykepleieren stille direkte spørsmål (Danielsen et al., 2016). Dette bekrefter Gibbins et al. (2014). Studiet trekker også frem at pasienten synes det er vanskelig å ta opp temaet smerter. De ønsker at sykepleieren skal ta opp teamet smerter, slik at de får fortalt hvordan det påvirker dem i hverdagen. Pasienten synes også det kan være vanskelig å kommunisere hvordan smertene føltes til helsepersonellet. De følte at helsepersonellet ikke var interessert i å høre om hvordan smertene opplevdes. I tillegg følte pasientene at det var vanskelig å beskrive smertene til andre. Travelbee (1999) bekrefter at enkelte pasienter synes det kan være utfordrende å beskrive smerteopplevelsen til andre. Noe som igjen kan gi en følelse av ensomhet, og dermed påvirke grad av opplevd smerte.

Mine erfaringer fra praksis er at kreftpasienter i palliativ fase sjelden tar opp temaet smerter. Det virker som de synes det er vanskelig, spesielt om de har en kreftform med mye stigma som for eksempel lungekreft. I slike situasjoner ser jeg at en god relasjon og gode kommunikasjonsferdigheter er veldig viktig. Når pasienten opplevde å bli sett, hørt, og fikk god informasjon så var det enklere å gi god smertelindring. Dette bidro til økt livskvalitet den siste tiden han hadde igjen å leve. Jeg erfarte i praksisen min at både pasienten og pårørende hadde behov for kunnskap om smertelindring. Dette gjorde at de fikk en forståelse for viktigheten av å ta smertestillende, og hvilken effekt som er ønsket av de ulike medikamentene. Jeg erfarte også at informasjon som kreftpasienten ikke ser på som nyttig, var vanskelig for han å huske i ettertid. Ved at pasienten oppsummerte det vi hadde snakket om, husket han ofte mer enn om vi ikke gjorde det. Det å skrive ned stikkord som pasienten kunne lese i etterkant var også hensiktsmessig.

## 6 Konklusjon

I denne oppgaven har jeg sette på hvordan sykepleieren kan bidra til bedre smertelindring til hjemmeboende kreftpasienter. Jeg har sett at systematisk bruk av kartleggingsverktøy kan bidra til bedre smertelindring. Ulike kartleggingsverktøy har ulike formål, og det er viktig å bruke disse på en korrekt måte. Ved å bruke kartleggingsverktøy regelmessig kan man se en eventuell endring i smertemønsteret. ESAS er et nyttig kartleggingsverktøy som kan identifisere symptomer man eller ville oversett. Det er også viktig med god dokumentasjon i hjemmesykepleien til pasienter med kreftdiagnose i den palliative fasen. God dokumentasjon bidrar til helhetlig pleie, og kan oppdatere neste pleier om nåværende pasientsituasjonen. Neste pleier for også større forutsetninger for å kunne oppdage endringer hos pasienten. Dette kan bidra til å skape størst mulig trygghet og forutsigbarhet for pasienten. Dokumentasjonen er også viktig med tanke på tverrfaglig samarbeid, og for å sikre god informasjonsflyt.

Tidsaspektet og kontinuiteten er ofte en utfordring i hjemmesykepleien og kan påvirke kvaliteten på tjenesten som pasienten mottar. Ved manglende tid og mange ansatte hos pasienten gir det utfordringer med tanke på relasjonsbygging mellom pasient, pårørende og sykepleieren. Skapes det en god relasjon blir det lettere for pasienten og pårørende og ta opp vanskelige temaer rundt livet og døden. Dette er temaer mange i den palliative fasen er tanker og følelser rundt. Det er viktig å snakke disse temaene da det kan påvirke grad av opplevd smerte hos pasienten. Med andre ord kan psykologisk smerte komme til uttrykk gjennom fysisk smerte. Det er ikke bare tidsaspektet som påvirker relasjonen mellom pasient, pårørende og sykepleieren. Sykepleieren må også ha gode kommunikasjonsferdigheter, kunnskap om både verbal og non-verbal kommunikasjon. Gode kommunikasjonsferdigheter og en god relasjon er et godt grunnlag for å kunne bidra til bedre smertelindring for palliative kreftpasienter i hjemmet.

## 7 Referanseliste

- Andershed, B. & Ternestedt, B.-M. (2013). Den palliativa vårdens utveckling. I B. Andershed, B.-M. Ternestedt & C. Håkanson (Red.), *Palliativ vård: begrepp & perspektiv i teori och praktik* (s. 103-116). Lund: Studentlitteratur.
- Bergsagel, I. (2018, 12. desember). Nå dør flest nordmenn av kreft. *Sykepleien*. Hentet fra <https://sykepleien.no/2018/12/na-dor-flest-nordmenn-av-kreft>
- Birkeland, A. & Flovik, A. M. (2018). *Sykepleie i hjemmet* (3. utg.). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Dalland, O. & Trygstad, H. (2017). Kilder og kildekritikk. I O. Dalland (Red.), *Metode og oppgaveskriving* (6. utg., s. 148-165). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Danielsen, A., Berntzen, H. & Almås, H. (2016). Sykepleie ved smerter. I H. Almås, D.-G. Stubberud, R. Grønseth & K. C. Toverud (Red.), *Klinisk sykepleie: 1* (5. utg., s. 381-427). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Fjørtoft, A.-K. (2016). *Hjemmesykepleie: ansvar, utfordringer og muligheter* (3. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Fonn, M. (2015, 17. november). – Ja, flere bør få dø hjemme. *Sykepleien*. Hentet fra <https://sykepleien.no/2015/11/ja-flere-bor-fa-do-hjemme>
- 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. <https://doi.org/10.1177/0269216313486310>
- Gjevjon, E. R. (2015). Kontinuitet i hjemmesykepleien – vanskelige vilkår, men gode muligheter. Continuity of home care – difficult conditions, but good opportunities. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 1(01), 18-26. Hentet fra



[http://www.idunn.no/tidsskrift\\_for\\_omsorgsforskning/2015/01/kontinuitet\\_i\\_hjemmesykepleien\\_vanskelige\\_vilkaar\\_men\\_god](http://www.idunn.no/tidsskrift_for_omsorgsforskning/2015/01/kontinuitet_i_hjemmesykepleien_vanskelige_vilkaar_men_god)

Granheim, T. H., Raaum, K., Christophersen, K.-A. & Dihle, A. (2015). Sykepleieres og studenters kunnskap og holdninger til smerte og smertelindring hos voksne.

*Sykepleien Forskning*, 10(4), 326-334.

<https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2015.55983>

Haugen, D. R. F. & Aass, N. (2016). Organisering av palliative tilbud. I S. Kaasa, J. H. Loge & D. R. F. Haugen (Red.), *Palliasjon: nordisk lærebok* (3. utg., s. 112-125). Oslo: Gyldendal akademisk.

Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* (LOV-2011-06-24-30). Hentet fra <https://lovdata.no/lov/2011-06-24-30>

Helsedirektoratet. (2015). *Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen*. Hentet fra

<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/918/Nasjonalt%20handlingsprogram%20for%20palliasjon%20i%20kreftomsorgen-IS-2285.pdf>

Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell m.v.* (LOV-1999-07-02-64). Hentet fra <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64>

Henoch, I. (2013). Den totala smärtan. I B. Andershed, B.-M. Ternstedt & C. Håkanson (Red.), *Palliativ vård: begrepp & perspektiv i teori och praktik* (s. 129-136). Lund: Studentlitteratur.

International Association for the Study of Pain. (2017, 14. desember). IASP Terminology. Hentet 5. januar 2019 fra <https://www.iasp-pain.org/Education/Content.aspx?ItemNumber=1698#Pain>

Jensen, N.-H. (2015). Medikamentel smertebehandling. I M. Høgh, N.-H. Jensen & A. P. Pickering (Red.), *Smertebogen* (s. 235-260). København: Munksgaard.

- Kalfoss, M. H. (2016). Møte med lidende og døende pasienter - sykepleierens møte med seg selv. I H. Almås, D.-G. Stubberud, R. Grønseth & K. C. Toverud (Red.), *Klinisk sykepleie: 2* (5. utg., bd. 2, s. 453-481). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Knudsen, A. K. & Kaasa, S. (2016). Smertediagnostikk. I S. Kaasa, J. H. Loge & D. R. F. Haugen (Red.), *Palliasjon: nordisk lærebok* (2. utg., s. 387-401). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kongsgaard, U. E. (2017). Smerter og smertebehandling. I A. M. Reitan & T. K. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie: pasient, utfordring, handling* (4. utg., s. 181-197). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Lorentsen, V. B. & Grov, E. K. (2016). Generell sykepleie ved kreftsykdom. I H. Almås, D.-G. Stubberud, R. Grønseth & K. C. Toverud (Red.), *Klinisk sykepleie: 2* (5. utg., s. 397-436). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Mathiesen, A. S. (2017). Sykepleieutfordringer ved lungekreft. I A. M. Reitan & T. K. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie: pasient, utfordring, handling* (4. utg., s. 500-513). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Molnes, S. I. (2014). Sykepleieres erfaringer med smertelindring til hjemmeboende kreftpasienter. *Nordisk sygeplejeforskning*, 4(02), 142-155. Hentet fra [http://www.idunn.no/nsf/2014/02/sykepleieres\\_erfaringer\\_medsmertelindring\\_til\\_hjemmeboende](http://www.idunn.no/nsf/2014/02/sykepleieres_erfaringer_medsmertelindring_til_hjemmeboende)
- Molnes, S. I. (2015). Sammen går vi døden i møte. *Nordisk tidsskrift for helseforskning*, 11(2), 141-152. <https://doi.org/10.7557/14.3718>
- Nortvedt, P. & Grønseth, R. (2016). Klinisk sykepleie - funksjon, ansvar og kompetanse. I H. Almås, D.-G. Stubberud, R. Grønseth & K. C. Toverud (Red.), *Klinisk sykepleie: 1* (5. utg., s. 17-39). Oslo: Gyldendal akademisk.

- Norås, I. L. (2017). Kreftsjukepleie i heimen. I A. M. Reitan & T. K. Schjølberg (Red.), *Kreftsjukepleie : pasient, utfordring, handling* (4. utg., s. 303-327). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- NSF. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere: ICNs etiske regler*. Oslo: Norsk sykepleierforbund. Hentet fra [https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte\\_pdf.pdf](https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf)
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). Hentet fra <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>
- Riksrevisjonen. (2016). *Riksrevisjonens undersøkelse av ressursutnyttelse og kvalitet i helsetjenesten etter innføring av samhandlingsreformen. Dokument 3:5 (2015-2016)*. Hentet fra <https://www.riksrevisjonen.no/rapporter/documents/2015-2016/samhandlingsreformen.pdf>
- Røgenes, G. K., Moen, A. & Grov, E. K. (2013). Heimesjukepleiernes perspektiv på forhold som fremjar palliasjon i heimen. *Klinisk Sygepleje*, 27(01), 64-76. Hentet fra [http://www.idunn.no/klinisk\\_sygepleje/2013/01/heimesjukepleiernes\\_perspektiv\\_paa\\_forhold\\_som\\_fremjar\\_palli](http://www.idunn.no/klinisk_sygepleje/2013/01/heimesjukepleiernes_perspektiv_paa_forhold_som_fremjar_palli)
- Stensheim, H., Hjermstad, M. J. & Loge, J. H. (2016). Ivaretagelse av pårørende. I S. Kaasa, J. H. Loge & D. R. F. Haugen (Red.), *Palliasjon: nordisk lærebok* (2. utg., s. 274-286). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Thidemann, I.-J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. Oslo: Universitetsforl.
- Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal akademisk
- Trier, E. L. (2013). Lindrende sykepleie. I U. Knutstad (Red.), *Sykepleieboken 3: Utøvelse av klinisk sykepleie* (2. utg., s. 892-944). Oslo: Cappelen Damm akademisk.

Vigstad, S., Clancy, A. & Broderstad, A. R. (2018). Palliative pasienter får bedre lindring med tidlig symptomvurdering og tiltak. *Sykepleien Forskning*, 13.  
<https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2018.74591>