

Smertelindring hos palliative pasienter i hjemmet

Hvilken kompetanse må sykepleier ha for å kunne lindre smerter hos hjemmeboende kreftpasienter i sen palliativ fase

Kandidatnummer: 381 & 357
Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave
i Sykepleie, Emne 14B

Antall ord: 8808
Dato: 11.04. 2021



Lovisenberg
diakonale høgskole

ABSTRAKT	Lovisenberg diakonale høgskole Dato: 11.04.2021
Tittel: Smertelindring hos palliative kreftpasienter i hjemmet	
<p><u>Problemstilling:</u></p> <p><i>Hvilken kompetanse må sykepleier ha for å kunne lindre smerter hos hjemmeboende kreftpasienter i sen palliativ fase?</i></p> <p><u>Teoretisk perspektiv:</u></p> <p>I teoridelen beskriver vi kreftpasienten i palliativ fase i hjemmet. Vi beskriver kreft generelt og kreftsmerter knyttet til avansert kreftsykdom. Vi benytter Florence Nightingale sin sykepleieteori med vekt på observasjoner og teoretisk kunnskap. Videre beskrives sykepleiers lindrende funksjon i den palliative omsorgen, og hvilken kompetanse sykepleier må inneha for å gi best mulig palliativ omsorg i hjemmet. Aktuelt lovverk og etiske aspekter blir presentert.</p> <p><u>Metode:</u></p> <p>Oppgaven er en litterær oppgave basert på aktuell forskning, pensumlitteratur og faglitteratur for å kunne besvare problemstillingen. Vi har foretatt strukturerte søk i databasene CINAHL, PubMed og SveMed+ for å finne aktuell forskning på området. Fire kvalitative og en kvantitativ forskningsartikkel har blitt valgt ut.</p> <p><u>Drøfting:</u></p> <p>I dette kapittelet drøftes problemstillingen ved hjelp av valgte forskningsartikler og aktuell pensum/faglitteratur som er presentert i oppgavens teoridel. Sykepleiers erfaring med smerter hos kreftpasienter, kompetanse, relasjonsbygging med pasient og pårørende i hjemmet blir diskutert. Etske utfordringer knyttet til, faglig forsvarlighet, manglende kompetanse og ressurser i hjemmebasert omsorg blir også diskutert.</p> <p><u>Konklusjon</u></p> <p>Funnene belyser at sykepleier palliativ omsorg i hjemmesykepleien har behov for økt kompetanse og kunnskap om smertekartlegging, håndtering av medisinsk utstyr for at pasienten skal oppleve trygghet ved å være hjemme med avansert sykdom. Dette er en forutsetning for optimal smertelindring og økt livskvalitet i en sårbar fase av livet. Manglende kompetanse og faglig usikkerhet vil øke antall innleggelses der pasienten og pårørende i utgangspunktet har et ønske om å være i eget hjem i livets siste fase. Studiene viser at jevnlig undervisning i smertelindring er nødvendig for at pasienten oppleve gode dager og kontroll på den totale smerteopplevelsen.</p>	

(Totalt antall ord: 282)

«Vi skal alle dø en dag. Men alle andre dager skal vi leve»

Per Olov Enquist

Innholdsfortegnelse

1	Innledning	1
1.1	Bakgrunn for valg av tema.....	1
1.2	Presentasjon av problemstilling.....	2
1.3	Avgrensning.....	3
2	Teoretisk kunnskapsgrunnlag.....	4
2.1	Kreft	4
2.2	Kreftsmarter	5
2.3	Smertekartlegging.....	6
2.4	Medikamentell behandling.....	7
2.5	Sykepleiers lindrende funksjon.....	7
2.6	Florence Nightingale teori.....	9
2.7	Sykepleierens kompetanse.....	9
2.8	Hjemmet som arena	10
2.8.1	Kommunikasjon og relasjonsbygging	11
2.8.2	Pårørende.....	12
2.9	Juridiske og etiske rammer	13
2.9.1	Hjemmesykepleien	13
2.9.2	Pasientens rettigheter og etiske utfordringer	14
3	Metode	15
3.1	Litteratursøk	15
3.2	Kildekritikk	16
3.2.1	Faglitteratur	17
3.2.2	Forskningsartikler.....	17
3.2.3	Etiske vurderinger.....	17
4	Presentasjon forskningsartikler	19
5	Drøfting	21
5.1	Tidlig smertekartlegging ESAS, NRS	22
5.2	Smertebehandling: medikamentell behandling.....	23
5.3	Sykepleierens faglige kunnskap og kompetanse.....	25
5.4	Relasjonsbygging og tillit.....	27
5.5	Etiske utfordringer og faglig forsvarlighet i hjemmesykepleien	29
6	Avslutning	31
	Referanseliste	32

1 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Forekomsten av krefttilfeller har vært stabil de siste årene. I 2019 ble det rapportert om 34.979 tilfeller av kreft i Norge. Det er fortsatt flere krefttilfeller blant menn enn kvinner og store variasjoner i forekomst mellom fylkene (Kreftregisteret, 2020). Antall krefttilfeller vil fortsette å øke i årene fremover. En av hovedårsaken til dette er økt levealder og større befolkning. I 2016 døde 11 000 personer av kreft i Norge (Folkehelseinstituttet, 2018).

Etter at samhandlingsreformen ble innført i 2012, har kommunene fått større ansvar og flere og mer komplekse oppgaver. Helsehjelpen skal i hovedsak gis der pasienten bor. Dette er ressurskrevende, økt kunnskap og kompetanse er nødvendig i hjemmesykepleien. Det kan allikevel se ut til at kommunene i liten grad har styrket kompetansen etter innføring av samhandlingsreformen (Fjørtoft, 2016, s.153). I studien utført av Molnes (2014) trekkes det også frem at kompetanse er avgjørende for at pasienten skal føle seg trygg og ivaretatt i situasjonen. Flere pasienter med et komplekst sykdomsbilde ønsker å være hjemme i palliativ fase. Dette både som et resultat av samhandlingsreformen og pasientens rettighet til behandling i sin hjemkommune (Pasient-og brukerrettighetsloven, 1999, § 2-1).

De fleste pasienter som mottar palliativ behandling er smerteplaget. For kreftpasienter vil om lag to tredeler til over 90 % av pasientene oppleve smerter. Tilstrekkelig smertelindring er derfor et sentralt element i den palliative omsorgen (Finset, 2016, s.372).

Et av sykepleiers ansvarsområde er smertelindring både medikamentell og ikke – medikamentell. Ut ifra egne erfaringer fra hjemmesykepleien, har vi opplevd at smertekartlegging og tilstrekkelig smertelindring ikke alltid er optimal. Det kan være utfordrende å møte den kreftsyke pasienten og pårørende i en så sårbar fase av livet. Smertelindring er avgjørende for pasientens livskvalitet. Basert på egne erfaringer kan endringer i pasientens smertetilstand i denne fasen skje raskt. Vi ønsker derfor med denne oppgaven å belyse hvilken kunnskap og utøvende kompetanse sykepleier må ha, for å kunne lindre smerter og tilrettelegge for best mulig livskvalitet hos kreftpasienter i palliativ fase.

Gode observasjoner, samt godt tverrfaglig samarbeid og en god relasjon til pårørende kan være avgjørende.

Hensikten med denne oppgaven er å undersøke hvilken kompetanse og kunnskap sykepleier må ha, for å kunne gi tilstrekkelig smertelindring hos hjemmeboende pasienter i palliativ fase.

1.2 Presentasjon av problemstilling

Oppgavens kontekst er palliativ omsorg i hjemmet, hvor pasienter tilbringer mesteparten av tiden med hjelp av hjemmesykepleien og pårørende. Problemstillingen for denne oppgaven er følgende:

«Hvilken kompetanse må sykepleier ha for å kunne lindre smerter hos hjemmeboende kreftpasienter i sen palliativ fase?»

Sykepleier har ulike roller som behandling, forebygging, lindring og rehabilitering. I denne oppgaven vil vi avgrense og løfte frem sykepleierens lindrende funksjon, hvor fokuset på pasientens opplevelse av sykdom og livskvalitet vil være sentralt. Dette er relevant i vår oppgave fordi problemstillingen setter søkelys på hvilken kompetanse sykepleier må inneha for å kunne møte denne pasientgruppen. Sykepleierens ansvar er å hjelpe pasienten til å bevare god livskvalitet på tross av en alvorlig sykdom (Reitan, 2017, s. 41).

Ved lindring menes det å redusere ulike belastninger for pasienten. Det kan være alt fra fysiske, psykisk, sosiale og åndelige belastninger som forringer livskvaliteten. Sykepleieren skal kunne sette i gang tiltak, som skal hjelpe pasienten for å oppnå velvære og livskvalitet. For å kunne utøve faglig forsvarlig sykepleie, må sykepleier kjenne sine grenser for egen kompetanse (Kristoffersen et al., 2017, s.18-19). Med denne bacheloroppgaven ønsker vi å fordype oss i dette tema, for å finne ut hva som kreves av sykepleiere i møte med den kreftsyke pasienten i hjemmet.

1.3 Avgrensning

I oppgaven har vi valgt å avgrense problemstilling til å omhandle smerter hos kreftpasienter i sen palliativ fase. Alle former for kreftsykdommer er inkludert, samt begge kjønn. Sen palliativ fase er valgt fordi pasienter i denne fasen er kontaktbare og kan uttrykke sine behov. Pasientgruppen er avgrenset til å gjelde voksne over 18 år som mottar hjemmesykepleie og bor sammen med pårørende.

Vi har valgt pasienter som ønsker å tilbringe palliativ fase hjemme. Hjemmeboende pasienter er pasienter som er syke og mottar hjelp fra kommunehelsetjeneste. Mange pasienter ønsker å være hjemme med sine nærmeste og kjente omgivelser. Alvorlig sykdom vil involvere hele familien (Fjørtoft, 2016, s.78-79).

Den palliative fasen inn i 3 deler. I sen palliativ fase er pasienten klar over sin egen situasjon, og fasen er preget av symptomer som gjør pasienten avhengig gradvis mer av helsepersonell og pårørende (Grov et al. 2006).

På grunn av oppgavens omfang er tverrfaglig samarbeid og ikke-medikamentell smertelindring utelatt. Samarbeid med fastlegen er inkludert, da dette samarbeidet er avgjørende for at sykepleier skal kunne administrere smertelindrende medikamenter. Av smertekartleggingsverktøy kommer vi bare til å nevne NRS, ettersom dette kun måler smerteintensitet for pasienten. Oppgaven vektlegger i hovedsak bruk av ESAS, fordi dette registrerer både smerter og andre relevante symptomer. VAS er et annet smertekartleggingsverktøy, men er kartleggingsverktøyet er ikke relevant i denne oppgaven.

Videre i oppgaven har vi valgt å inkludere begge begrepene kompetanse og kunnskap. Vi synliggjør vår kompetanse ved å anvende kunnskap, ferdigheter og verdier i det arbeidet vi gjør (Kristoffersen, 2017, s.140)

2 Teoretisk kunnskapsgrunnlag

I dette kapitlet vil det bli gjort rede for relevant kunnskap som sykepleier bør ha i møte med kreftsyke pasienter. Teori som kan bidra til å belyse oppgavens problemstilling og målgruppe blir presentert. Florence Nightingales teori med vekt på observasjoner blir beskrevet. Kapitlet avsluttes med etiske og juridiske aspekter i hjemmebasert omsorg.

2.1 Kreft

Ved kreft oppstår det feil i celledelingen noe som fører til ukontrollert cellevekst. Opphopning av kreftceller i det organet som celledelingen startet, vil føre til at det dannes en kreftsvulst. Kreft forekommer i alle aldre, men risikoen for kreftsykdom øker betydelig med alderen. Det er mange forskjeller mellom de ulike tumortypene, men et fellestrekk er at kreft starter med en celle hvor det har oppstått genskade. En genskade kalles en mutasjon. Kreftgener er en fellesbetegnelse på muterte celler som kan bidra til kreftutvikling. Disse kreftgenene kalles onkogener. To egenskaper hos kreftceller som gjør kreft til en dødelig sykdom er kreftcellenes evne til å vokse inn i nærliggende vev, lokal innovasjon (Lorentsen & Grov, 2017, s. 399).

Maligne svulster har evne til å invadere nærliggende vev. I kombinasjon med rask vekst, vil dette gjøre omfattende skader på vevet omkring svulsten. Ved metastaser oppstår slike skader flere steder. Dette gir opphav til en kronisk betennelsesreaksjon med økt dannelse av bindevev bestående av fibrose, noe som gjør svulstene harde og knudrete. Ved langtkommen kreft vil pasienten bli avmagret og få et betydelig vekttap. Denne tilstanden skyldes betennelsesprosessen, som kreftsvulstene forårsaker kombinert med giftstoffene som svulstene produserer. Pasienten vil få generell sykdomsfølelse, nedsatt appetitt, utmattelse og smerter (Wyller, 2019, s. 107).

2.2 Kreftsmarter

Smerte kan defineres som en ubehagelig sensorisk og emosjonell opplevelse. Dette oppleves som følge av en mulig vevsødeleggelse. Det er ikke alltid smerteopplevelsen er direkte knyttet til vevsødeleggelse. Pasientens psykososiale tilstand og kulturelle forhold, kan ha en direkte innvirkning på smerteopplevelsen (Danielsen, Berntzen & Almås, 2017, s. 383).

Kreftsmarter kan beskrives som både akutte og langvarige smerter. Smerter i kombinasjon psykiske, sosiale og eksistensielle problemer, vil kunne forsterke smerteopplevelsen. Dette kan være vanskelig for pasienten å formidle. Om lag 70% av pasienter med langtkommen kreftsykdom har smerter som krever behandling (Kongsgaard, 2017, s. 181).

Kreftsmarter kan oppstå av ulike grunner. Kreftsmarter er oftest en kronisk tilstand. Behandlingen må derfor rettes mot å behandle kroniske smerter. Vedvarende smerter kan medvirke til sosial isolasjon, oppgitthet og en følelse av et uverdige liv. Hos enkelte kan smerter utløse tanker om døden. Fysiologiske forandringer kan utløses av vedvarende smerter, noe som gjør smerteopplevelsen sterkere. Det vil oppstå en overfølsomhet på reseptornivå, som vil forsterke smerteopplevelsen. Ikke alle smerter kan fjernes, og det er derfor nødvendig å ha et realistisk mål for hva som kan oppnås ved hjelp av aktuelle smertelindrende medikamenter. Målet må være å gjøre alt for at pasienten skal oppleve lavest mulig smerter og ubehag. Målsettingen bør også settes ut fra pasientens funksjonsnivå. Smerter ved aktivitet kan kreve større doser analgesi, noe som kan utkonkurrere den smertestillende effekten med bivirkninger som tretthet, sløvhet og kvalme. Hos pasienter med dårlig allmenntilstand kan målsettingen være analgesi ved sengeleie, og ikke ved aktivitet (Kaasa, 2016, s. 404).

Gjennombruddssmerter hos kreftpasienter kan oppleves som et stort problem og være til stede hos 25-95% av pasientene. Gjennomsnittlig vil gjennombruddssmerter oppstå omkring seks ganger i døgnet avhengig av krefttype og utbredelse. Smerteintensiteten kan ligge på 7 eller høyere på NRS skala (Werner & Arendt-Nielsen, 2019, s. 87).

Smerter kan ha andre årsaker enn vevsskade og har ofte en sammensatt årsak. Dette inkluderer fysiske, psykiske, sosiale, kulturelle, åndelige og eksistensielle forhold, som påvirker den totale smerteopplevelsen for pasienten. Langvarig dårlig smertekontroll vil kunne forverre smertene. Smerter kan oppstå i ulike faser av sykdommen og kan ha mange ulike årsaker

avhengig av tumortype, lokalisasjon og utbredelse. Hos ca. 75 % vil smertene være direkte knyttet til en tumor. Endringer i smertemønster kan derfor være forårsaket av metastaser eller vekst av tumor. Svulsten kan trykke på annet vev, dette vil frigjøre substanser som fører til en betennelsesreaksjon. Når en svulst vokser inn i nervevev vil dette kunne gi nervesmerter. Spredning til skjelettet kan gi smerter ved belastning (Kongsgård, 2017 s. 181-182).

Den totale smerteopplevelsen er et begrep som beskrives innenfor palliasjon. Uttrykket har sitt utspring i det som Cicely Saunders kalte for «total pain», noe som beskriver smertens mange uttrykk. Den totale smerteopplevelsen varierer gjennom sykdomsperioden, der kropp, følelser, sosiale forhold og erfaringer er tett sammenknyttet. Smerteopplevelsen varierer mellom individene, og personens tidligere erfaringer vil påvirke (Hench, 2013, s.129-136).

2.3 Smertekartlegging

Sykepleier kan bruke ulike hjelpemidler for å kartlegge smerter hos pasienten. De vanligste verktøyene som blir brukt er VAS og NRS, men i denne oppgaven kommer vi til å sette søkelys på bruk av ESAS og nevne NRS. Ved bruk av ESAS og NRS viktig at pasienten har språk og kan gjøre rede for seg (Danielsen, et al., 2017, s. 390).

En visuell numerisk skala eller en såkalt NRS skala er et smertekartleggingsverktøy med tall fra 0 til 10. Pasienten indikerer tallet 0 ved ingen smerter og tallet 10 hvis smertene er uutholdelig (Danielsen et al., 2017, s. 391).

ESAS er et verktøy for registrering av symptomer som slapphet, smerter, døsighet, kvalme, tung pust, matlyst, angst og depresjon hos palliative pasienter. Pasienten kan også synliggjøre andre plager som munntørrhet og obstipasjon. Blir scoren mer enn tre, bør det vurderes mer kartlegging og videre tiltak. Det er kun ett spørsmål som omhandler smerter i ESAS- skjema. Siden flere av tidligere nevnte symptomer i mange tilfeller oppstår samtidig, kan disse forsterke smerteopplevelsen hos pasienten. Det er hensiktsmessig å bruke ESAS ved å kartlegge smerter. Skjema kan fylles ut alene av pasienten eller sammen med sykepleier (Lorentsen & Grov, 2017, s. 410).

2.4 Medikamentell behandling

Ved medikamentell behandling brukes det en smertetrapp som ble utviklet i samarbeid med Verdens Helseorganisasjon (WHO) og International Association for Study of Pain (IASP). Hvert trinn i smertetrapp representerer behandling, og gir forslag til smertelindrende legemidler ut ifra pasientens smerteintensitet. I Norge finnes det 4 eller 5 trinn som eventuelt begge trinnene kan slås sammen. Ved administrering av smertestillende, starter man vanligvis på det nederste trinnet. Deretter trappes dosene opp dersom pasienten har behov for det. Det nederste trinnet starter med ikke- opioid behandling, der smertene er svake til middels. Etter hvert går man til neste trinn, som er en kombinasjon av ikke- opioider og et svakt opioid. Styrke på opioider kan økes, men man fortsetter å bruke i kombinasjon med trinn 1. Kombinasjon av opioider og ikke- opioider vil gi smertelindring hos 85-90 % av kreftpasientene (Lorentsen & Grov, 2017, s. 412 - 413).

2.5 Sykepleiers lindrende funksjon

Sykepleierens lindrende funksjon er også å møte pasientens behov, samtidig bidra til en verdig og fredfull død. Både pasienten og pårørende skal føle seg trygge og ivaretatt (Reitan, 2017., s. 41-43).

Et viktig mål knyttet til den lindrende funksjon, er å fremme pasientens opplevelse av velvære ved å tilrettelegge miljøet for å imøtekomme pasientens ønsker og behov. Sykepleieren kan for eksempel bidra til godt stell, sørge for at pasienten ligger behagelig, gi støtte og veiledning (Kristoffersen et al., 2017, s.18).

På tross av alvorlig sykdom, skal sykepleier kunne hjelpe pasienten å leve et liv som er så godt som mulig ut ifra forutsetningene. Sykepleier skal hjelpe pasienten til å opprettholde sin livskvalitet. Sykepleierens lindrende aspekt har som mål å begrense omfanget av pasientens belastninger ved sykdom. Belastningene kan være psykiske, fysiske som for eksempel angst, lidelse, obstipasjon og kvalme. Derfor er det viktig at sykepleier setter i gang tiltak tidlig for å begrense omfanget av pasientens lidelse og problemer som møter. Det lindrende sykepleie tiltaket kan være alt fra en god samtale med pasienten til «det gode stellet». Det er viktig at sykepleier ser pasienten og er der for han (Reitan, 2017, s.41).

Sykepleietiltak er planlagte tiltak med konkrete mål for intervensjonen. Hensikten med sykepleietiltak er å fremme helse, forebygge helseproblemer og komplikasjoner (Ehnfoss et al., 2015).

Palliativ fase kjennetegnes av et komplekst sykdomsbilde som varierer over tid og kan endres raskt. Den palliative fasen starter i hovedsak når behandlingen går fra å være kurativ til lindrende behandling (Gro, 2017, s. 255). Palliasjon bygger på Dame Cicily Sanders hospicefilosofi hvor verdigrunnlaget er et helhetlig menneskesyn hvor både den fysiske, psykiske, åndelige og sosiale dimensjonen inkluderes (Sæteren, 2017, s.238).

Ifølge WHO er palliasjon definert følgende:

«palliativ behandling, pleie og omsorg en tilnæringsmåte som har til hensikt å forbedre livskvaliteten til pasienter og deres familier i møte med livstruende sykdom, gjennom forebygging og lindring av lidelse, ved hjelp av tidlig identifisering, grundig kartlegging, vurdering og behandling av smerter og andre problemer av fysisk, psykososial og åndelig art» (Helsedirektoratet 2018; WHO, 2011).

Å få en kreftdiagnose er en stor belastning og oppleves enda større hvis man får vite at sykdommen ikke er kurerbar. Sykdommen rammer ikke bare pasienten, men også familiene (Kaasa & Loge 2016, s. 41).

I motsetning til medisinsk behandling som kan begrenses eller seponeres, skal aldri palliasjon avsluttet. Omsorg og omtanke kan uttrykkes gjennom godt håndlag og at sykepleier viser forståelse for hvordan det er å leve med smerte og ubehag. Effektiv lindring av smerter og ubehag kan bidra til at pasienten kan opprettholde sine funksjoner til det siste (Nortvedt, 2016, s.196).

Alle som jobber med i helsesektoren med alvorlig syke og døende skal kunne yte palliativ behandling. Prinsippene for grunnleggende palliativ behandling gjelder uansett hvilket fagområde, behandlings-og omsorgsnivå den enkelte måtte ha (Helsedirektoratet 2018).

Sykepleieren skal kunne å gi god omsorg og samtidig ha gode tekniske ferdigheter slik at pasienten skal kunne å føle seg trygg (Lorentsen & Grov, 2017, s. 407- 408).

2.6 Florence Nightingale teori

Ifølge Florence Nightingale må sykepleieren kunne gjøre gode observasjoner av pasienten for å kartlegge pasientens helsetilstand. Hun påpekte hvor viktig det var med oppfølging av medisinske behandlingen av sykdommen og hun veiledet pasientene hvordan de skulle leve med sykdommen, samtidig som hun fokuserte på å hjelpe til en verdig og fredfull død. Nightingale mente at sykepleiere bør ha gode kunnskaper om kroppens fysiologi og patofysiologi for å gjøre gode observasjoner for å kartlegge pasientens helsetilstand og for å sette i gang med målrettede tiltak (Holter, 2015, s.110-111).

Ifølge Nightingale var den viktigste kunnskapen i den kliniske situasjonen å kunne observasjoner hvordan sykdommen kom til uttrykk hos den enkelte pasient. Nightingale presiserte også at informasjon og dokumentasjonen skal være presis og konkret. Sykepleieren skal ifølge Nightingale være informert og til enhver tid vite hvordan pasienten har det. Unøyaktig og dårlig informasjon til samhandlende helsepersonell kan få store negative konsekvenser for pasienten (Karoliussen, 2011, s. 33).

Florence Nightingale var også den første som trakk frem hvilken betydning miljøet rundt pasienten hadde for helsen. Det ytre miljøet innebærer det fysiske miljøet, og det psykososiale miljøet rundt som vil påvirke pasienten. I hjemmet vil dette bety å tilrettelegge det fysiske miljøet kan tilpasses for den enkelte pasient (Karoliussen, 2011, s. 248)

2.7 Sykepleierens kompetanse

Hver enkelt profesjon forutsetter teoretisk kunnskap. I sykepleien inngår i tillegg til kunnskap om sykepleiefag både teoretisk og praktisk, også relevant kunnskap fra naturvitenskapelige fag, samfunnsvitenskap, humanvitenskap og forskning fra disse fagområdene. Denne kunnskapen må anvendes konkret og praktisk. Kunnskapen vi innehar vil gjenspeiles i vårt resonnement, refleksjon, faglige dialoger og i vår praktisk teknikk. Kunnskapen anvendes både hermeneutisk, det vil si forstående og tolkende, i tillegg til teknisk som et håndverk. Begrepet kompetanse er knyttet til utøvelse av kunnskap og til personer. Kompetansebegrepet

defineres som dyktighet og skikkethet, mens kunnskap er knyttet til viten, fagkunnskap og lærdom. «Å ha kompetanse eller være kompetent innebærer å være kvalifisert til å ta beslutninger og handle innenfor et bestemt funksjons- eller myndighetsområde» (Kristoffersen, 2017, s. 140).

Sykepleier i palliasjon forholder seg til situasjoner som krever profesjonell innsikt, med komplekse og sammensatte situasjoner. Det er nødvendig med kvalifisert praksis. I tillegg relaterer sykepleier seg til pasient og pårørende. Kvaliteten på denne relasjonen vil være avgjørende for om sykepleien oppleves som omsorgsfull. «Faglig skjønn vil si å kunne bedømme og forstå en faglig situasjon på en slik måte at det kan bli handlet godt og riktig i situasjonen» (Alvsvåg, 2015, s.173). Gjennom omsorg og faglig skjønn må sykepleier ivareta pasientens respekt og verdighet i en sårbar fase hvor pasient og pårørende avhengig av hjelp, pleie og behandling (Alvsvåg, 2015, s. 172-176).

Utvikling av kompetanse er avhengig av sykepleiers evne og vilje til å reflektere over sin egen yrkesutøvelse. Kritisk refleksjon og kollegial tilbakemelding på utøvelsen har betydning for utvikling av klinisk sykepleierkompetanse. Personlig erfaring, refleksjon og omforming av kunnskap er sentrale elementer i utvikling av kompetanse (Kristoffersen 2017, s. 170).

2.8 Hjemmet som arena

Det er mange pasienter som ønsker å være hjemme lengst mulig. Det kan være uvant for pasienten å motta hjemmesykepleie. Det kan samtidig være utfordrende for sykepleier å ha sin arbeidsplass i andres hjem. Sykepleieren har mulighet til å bli kjent med kreftpasienten og pårørende på en annen måte enn på en institusjon. Sykepleier vil få et større innblikk i pasientens livssituasjon (Fjørtoft, 2016, s.38-39).

Når pasienten mottar hjemmesykepleien, må sykepleier ha kjennskap til hjemmets betydning for pasienten. Respekt og ivaretagelse av pasientens integritet er avgjørende (Fjørtoft, 2016, s. 27).

Sykepleier bør være bevisst hvordan hun skal opptre hjemme hos pasienten, og på hvilken måte det kan skapes tillit. Mange pasienter vil kunne oppleve at de må gi fra seg kontroll og

selvbestemmelse. Det viktig å tidlig kartlegge hva som anses som viktig for pasienten, samt imøtekomme ønsker og behov pasienten har fra hjemmesykepleien. Sykepleier skal ifølge loven gi korrekt og konkret informasjon, både til pasienten selv og til den som pasienten har oppnevnt som sin nærmeste pårørende (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-2).

Når pasienten er avhengig av hjemmesykepleie og pårørende, er det viktig for pasienten med konkrete avtaler og holdepunkter. Dette er avgjørende for å kunne oppleve trygghet i en usikker situasjon som kreftsykdom innebærer. Pasienten skal ikke føle seg til bry og sykepleier bør informere om at pasient og pårørende kan ringe når som helst dersom de er urolige, eller opplever endring i sykdomsbildet (Norås, 2017, s.310-312).

2.8.1 Kommunikasjon og relasjonsbygging

For å oppnå en god smertelindring er det viktig med gjensidig tillit mellom pasienten og sykepleier. Når pasienten opplever tillit, trygghet og respekt, vil dette bidra til gode resultater av smertelindringen (Danielsen et al., 2017, s.388). Den kreftsyke pasienten og pårørende er i en sårbar situasjon, det er derfor avgjørende å skape en god relasjon med pasient og pårørende. Pasientstudier viser at en omsorgsfull relasjon mellom sykepleier og pasient, gir stor gevinst for opplevelse av livskvalitet og helse. Gode kommunikasjonsferdigheter er avgjørende for at pasienten skal føle seg trygg og ivaretatt (Lorensen & Grov, 2017, s. 398).

God kommunikasjon og samhandling med pasient og pårørende er grunnleggende for utøvelse av sykepleie. Kommunikasjon er et godt middel til å bli kjent med pasienten og hans pårørende, samtidig et godt verktøy for å hjelpe pasienten å mestre sykdom og lidelse (Reitan, 2017, s.104).

For at sykepleier skal kunne etablere en god og trygg relasjon til pasienten, bør hun ha evne til å lytte aktivt. Med aktiv lytting menes det at sykepleier er mentalt til stede hos pasienten og møter pasienten der han befinner seg. Ved respons og bekreftelse kan sykepleier viser at hun er genuint interessert i pasienten, og inviterer til å fortelle om det som er viktig for ham. Dette bygger veien videre for en god relasjon mellom den kreftsyke pasienten og sykepleier (Kristoffersen, 2017, s. 373-376).

Med tillit menes at sykepleier gir fra seg makt, slipper kontrollen og er villig til å ta risiko. For pasienten og pårørende innebærer det at de nærmer seg noe ubestemt og at ingen av partene vet hvordan det kommer til å arte seg. Tillit bør og skal være gjensidig. Når pasienten viser tillit til en sykepleier er det ofte på bakgrunn av at sykepleier har den kompetansen som kreves i hans situasjon (Eide & Eide, 2019, s. 26-27).

2.8.2 Pårørende

For den alvorlig kreftsyke pasienten er pårørende gode støttespillere i alle faser av sykdommen. Det er svært viktig å kartlegge tidlig hvem som er pasientens nærmeste pårørende og hvordan de kan bidra i sykdomsforløpet (Grov, 2017, s. 252). Den som pasienten selv oppgir som sin nærmeste pårørende, er den som skal informeres og inkluderes i hans situasjon (Pasient-og brukerrettighetsloven, 1999, § 1-3). Personer i den nærmeste familien er de som oftest blir oppnevnt som pasientens nærmeste pårørende (Grov, 2017, s.251-258).

Konteksten i denne oppgaven er hjemmesykepleien, pårørende er derfor inkludert som er en viktig ressurs for pasienten. Pårørende utgjør en betydelig innsats for pasienten og ikke minst i hjemmesykepleien (Fermann & Næss, 2016, s. 255-256).

Pårørende kan ha mange roller og funksjoner. Det er viktig å avklare tydelig hva som forventes av pårørende og hva de selv ønsker å bidra med. Det er viktig å være bevisst på at dersom den pårørende er en eldre person, ikke denne overbelastes med oppgaver som er fysisk og psykisk krevende. Pårørendes funksjon kan være å hjelpe med daglige gjøremål og øke velvære for pasienten dersom pasienten er ikke i stand til dette (Grov, 2017., s.251-258).

Pårørende kan også bidra med å administrere legemidler, eksempelvis smertestillende, kvalmestillende eller medikamenter for å forebygge obstipasjon. Noen pårørende trives med flere oppgaver, mens andre kan oppleve av å bli dratt i flere retninger. Dårlig samvittighet ved å ikke hjelpe den kreftsyke kan oppleves som en stor påkjenning for pårørende. Dette gjelder spesielt der pasienten trenger omfattende hjelp. For at pårørende ikke skal overbelastes med for krevende oppgaver, er det viktig at sykepleier skaper en god relasjon til pårørende. Sykepleier i palliativ omsorg må prioriterer tid til å snakke med pårørende, spørre hvordan de har det og bistå dersom de trenger hjelp til pasienten (Grov, 2017, s. 251-258).

2.9 Juridiske og etiske rammer

2.9.1 Hjemmesykepleien

Hjemmesykepleien er styrt av en rekke lover forskrifter som omhandler tjenesten.

Sykepleieren skal kunne forholde seg til aktuelle rammer og lovverk. Sykepleierens ansvar og funksjon styres av etiske, faglige og juridiske retningslinjer som pasient- og brukerrettighetsloven, helsepersonelloven og yrkesetiske retningslinjer. Yrkesetiske retningslinjer handler blant annet om respekt for menneskerettigheter, omsorg og barmhjertighet. Ifølge punkt 2.10 i yrkesetisk retningslinjer, skal sykepleier gi omsorgsfull hjelp og lindre lidelse (NSF, 2019). En sykepleier skal sørge for at pasienten har det så godt som mulig i livets siste fase. Sykepleier er også pliktig til å fremme helse, forebygge sykdom, lindre lidelse og sikre en verdig død for pasienten (Sneltvedt, 2017, s.100-104).

Med faglig forsvarlighet menes at sykepleier forplikter seg til å «gjøre vel», unngå å skade pasienten, og utøve sykepleie ut ifra den faglig kompetanse og de kvalifikasjonene som dette innebærer. En sykepleier skal til enhver tid holde seg faglig oppdatert, slik at hun til enhver tid innehar den kunnskapen og de ferdigheter som skal til for å kunne gi forsvarlig helsehjelp (NSF, 2019).

Helsepersonelloven (1999) § 4 sier følgende om forsvarlighet at «Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellets kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig» Sykepleieledere er igjen er pålagt å sikre at denne forskriften blir etterlevd, slik at faglig forsvarlighet opprettholdes til enhver tid. Tjenesten skal organisere slik at helsepersonell er i stand til å overholde sine lovpålagt plikter om forsvarlighet (Helsepersonelloven, 1999, § 16).

Omsorg innebærer sensibilitet, omtanke, medfølelse og det å kunne se mennesket som sykepleier skal hjelpe. Å handle omsorgsfullt er like viktig som å være teknisk dyktig (NSF, 2019).

2.9.2 Pasientens rettigheter og etiske utfordringer

Pasienten har ifølge pasient- og brukerrettighetsloven (1999, § 3-1) rett til nødvendig hjelp fra kommunens helse- og omsorgstjeneste, der hvor pasienten oppholder seg. Ifølge loven skal kommunen ta hensyn til tjenestemottakers ønsker og synspunkter og yte forsvarlig helsehjelp. Pasienten har rett til medvirkning og informasjon.

Nødvendig helsehjelp er et helsefaglig begrep og skal ikke styres av ressurser i kommunen. Dette innebærer at det er pasientens pleie -og omsorgsbehov som det skal tas utgangspunkt i. Er det mangel på ressurser i kommunen, er det kommunens plikt å skaffe til veie tilstrekkelig med ressurser og kompetent helsepersonell for å kunne gi forsvarlig helsehjelp (Molven, 2019, s. 90).

Brukermedvirkning er en lovfestet rettighet, der pasienten kan bestemme og påvirke hvordan behandling eller tjenestetilbud han har krav på. Både pasienten og sykepleier skal komme frem til en løsning som er gunstig for at den kreftsyke pasienten skal kunne mestre hverdagen. Det er viktig at pasienten skal føle seg trygg og respektert, og ikke minst at han skal få hjelp når det er behov for det (Helsedirektoratet, 2017).

Et av de viktigste etiske hensyn innen palliasjon er å lytte til hvilke ønsker pasienten har. Mange pasienter har smertepumpe, noe som gjør at de kan administrere noe av sin egen medikasjon selv. Enkelte pasienter kan ha ønske om å være våkne og unngå sedasjon av medikamenter. Pasienten har rett til selv å velge hvis sykepleier har forsikret seg om at dette er pasientens ønske. Enkelte kan være redde for å bruke sterke smertestillende i frykt for å bli sløve eller avhengige av medikamentene. Ved hjelp av god informasjon, vil de fleste pasienter ta imot den hjelpen og lindring som er tilgjengelig. Omsorg for pårørende kan være en etisk utfordring i palliativt arbeid. Pårørende kan ha andre ønsker enn det pasienten uttrykker. Både når det gjelder smertelindring, væske- og ernæringstilførsel som kan forlenge pasientens liv. Dette er ofte på tvers av det som helsepersonell finner hensiktsmessig. I slike situasjoner skal hensynet til pasientens ønsker være i fokus, og ikke hensynet til de pårørende (Nortvedt, 2016, s. 197)

3 Metode

«Metode er redskapet vårt i møtet med noe vil undersøke» (Dalland, 2020, s. 54). Ifølge Dalland (2020) vil metoden hjelpe oss til å samle inn data eller den informasjonen vi trenger for det vi skal undersøke. Metode er den fremgangsmåten man bruker for å komme frem til ny kunnskap og for å kunne besvare en problemstilling. Grunnlaget for denne bacheloroppgaven baseres på aktuelle forskningsartikler og relevant litteratur.

Denne oppgaven er en litterær oppgave og baserer seg på relevant litteratur for å kunne besvare problemstillingen. En litterær oppgave baserer seg på eksisterende fagkunnskap, teori og forskning, som vurderes opp mot en problemstilling (Dalland, 2020, s.199).

Metode kan deles inn kvalitativ og kvantitativ. Kvalitativ metode gir informasjon i form av pasientens opplevelser og meninger, mens kvantitativ metode gir data i form av målbare enheter og statistikk. Kvalitativ forskning lar seg ikke tallfeste eller måle som i kvantitativ forskning (Dalland, 2020, s. 54-55).

For å besvare vår problemstilling har vi benyttet fire forskningsartikler basert på kvalitativ metode og en artikkel basert på kvantitativ metode. De kvalitative studiene som er valgt fanger både sykepleier, pasienter og pårørendes opplevelse. I tillegg til aktuell forskning har vi anvendt litteratur fra pensum og benyttet oss også en annen relevant faglitteratur, samt forskrifter og lovverk.

3.1 Litteratursøk

Oppgaven tar for seg fem forskningsartikler som er aktuelle for å belyse problemstillingen. Søk etter aktuelle forskningsartikler ble foretatt i databasene PubMed, Cinahl og SwedMed+. Før søkeprosessen startet ble søkene avgrenset til kun å gjelde gratis fulltekstartikler publisert i tidsrommet fra 2010 - 2020, med ønske om artikler av nyere dato. Søkene etter fulltekstartikler ble foretatt via høgskolens tilgang til elektroniske databaser eller via Helsebiblioteket.no. Det publiseres stadig ny forskning på området. Videre avgrensning ble satt til å gjelde artikler som er fagfellevurdert og som har sykepleiefaglig relevans.

Søket etter forskningsartiklene ble videre begrenset til å gjelde helsevesenet i Europa og Norden. Dette for å kunne knytte relevans og for at funnene skal kunne relateres til det norske

helsevesenet. Kulturelle forhold kan ha innvirkning på smerteopplevelsen (Danielsen et al. 2017, s. 383). Vi har derfor valgt å kun inkludere studier fra Norden og Europa med tanke på likhetstrekk til den norske kulturen. Vi har søkt i CINAHL, PubMed og Smed+ følgende søkeord eller MeSH: «Pain management», «Home Care», «Cancer patients», «Palliative care» AND «Cancer pain». Språk ble avgrenset til å gjelde norsk, nordisk og engelsk for å kunne være forståelig og for å unngå feiltolkninger.

Vi har søkt etter artikler som kan besvare vår problemstilling. Ved enkelte søk fikk vi mange treff og avgrense søket videre til de siste fem årene. For å slippe å lese altfor mange artikler, valgte vi å lese tittel på artiklene og abstrakt. Etter lest abstraktdelen, fikk vi et innblikk i om artikkelen kan være relevant for vår problemstilling, så deretter valgte vi å lese hele artikkelen. Artiklene vi har valgt å bruke i denne bachelor oppgaven, mener vi, er relevante for vår problemstilling både når det gjelder kompetanse og smertelindring.

3.2 Kildekritikk

Kildekritikk er å kunne vurdere og karakterisere litteraturen som er benyttet. Å være kritisk til utvalgt litteratur og hvilken relevans denne har er viktig for oppgavens troverdighet. Dette er viktig for å kunne vurdere om litteraturen som er funnet er gyldig og kan brukes til å beskrive og belyse problemstillingen. På et fagfelt som er i rask utvikling må man kunne vurdere om litteraturen er oppdatert. Oppgavens faglighet og troverdighet vil være basert på kildene som er valgt som teorigrunnlag. Kildene må sjekkes for sitt opphav for å vurdere om den er troverdig (Dalland, 2020, s.143-152).

3.2.1 Faglitteratur

I oppgaven har vi hovedsakelig anvendt primærkilder, men også benyttet oss av enkelte sekundærkilder hvor det har vært vanskelig å få tak i primærkilden. Sekundærkilder er kilder hvor forfatter har benyttet seg av andre forfattere sin litteratur (Dalland, 2020, s.162). Av litteratur har vi anvendt bøker av nyere dato, men enkelte kilder er av eldre dato. Eldre kilder er anvendt der ulike definisjoner er like aktuelle i dag. Anvendte bøker er i hovedsak ikke eldre enn fem år. Pensumlitteratur som er benyttet er litteratur anbefalt av høgskolen. Annen faglitteratur i palliativ omsorg har blitt søkt opp og lånt ved høgskolens bibliotek. Alle bøkene er skrevet med hensikt å øke kunnskapsnivået for sykepleierstudenter eller sykepleiere innen videreutdanning i palliasjon og kreftsykepleie. Bøkene «kreftsykepleie» og «palliasjon» er skrevet av forfattere som har lang spesialkompetanse, erfaring og har forsket innenfor dette feltet.

3.2.2 Forskningsartikler

Artiklene som ble valgt ut og anvendt er publisert i anerkjente tidsskrifter og som var fagfellevurdert. Alle forskningsartiklene hadde oppbygning etter IMRAD- struktur, som er en norm for oppbygging av forskningsartikler (Dalland, 2020, s.157). Vi har valgt enkeltstudier hvor både pasienter og sykepleieres erfaringen har blitt inkludert. Pasienters erfaringer vil kunne hjelpe sykepleier til å se situasjonen fra pasientens ståsted. Dette er valgt for å skape dybde i oppgaven ved å få frem de ulike perspektivene innenfor den palliative omsorgen.

Fire av artiklene er kvalitative intervjuer. Kvalitativ metode som intervjuer og observasjoner vil kunne påvirkes av forskerens personlighet, der evne til å oppnå kontakt med deltakeren i studien kan påvirke arbeidet til forskeren. Dette kan påvirke resultatenes troverdighet eller overførbarhet (Dalland, 2020, s. 57).

3.2.3 Ethiske vurderinger

Egne erfaringer fra praksis er benyttet for å kunne belyse problemstillingen og dens relevans. Praksisplassen er ikke identifisert med hensyn til taushetsplikten (Helsepersonelloven, 1999, § 21).

Tabell 1. Litteratursøk

Nr	Søke dato	Database	Søkeord	Antall treff	Avgrensinger	Leste sammendrag	Leste artikler	Valgte artikler
1	18.11.2020	SveMed+	1.Pain management 2.Cancer patients 3. 1 AND 2	294	Fagfelle-vurdert Publisert 2010-2020 Antall treff etter 1 AND 2: 13	8	3	Molnes, S.I (2014). Nurses experiences with pain management for cancer patients living at home . Artikkel 1 valgt i dette søket
2	06.10.2020	Cinahl	1.Cancer pain 2.Palliative care 3.Pain management 4. 1 AND 2	4,034	Fagfelle-vurdert Publisert 2010-2020 først Avgrensett søket 2014-2016. 1 AND 2 ga antall treff: 43	10	5	Gibbins, J., Bathia, R., Forbes, K.& Reid, C.M. (2014). What do patients with advanced incurable cancer want from the management of their pain? Artikkel 3 valgt i dette søket
3	4.12.2020	Cinahl	1.ESAS 2.Palliative care 3.Cancer patients 4. 1 AND 2 AND	603	Fagfelle-vurdert Publisert 2016-2020 Avgrenset søket med 1 AND 2 AND 3 som ga endelig treff: 11	7	3	Vigstad, S., Clancy, A. & Broderstad, A.R. (2018). Palliative pasienter får bedre lindring med tidlig symptomvurdering og tiltak. Artikkel 3 valgt i dette søket
4	03.01.2021	PubMed	1.Home Care 2.Palliative Care 3. S1 AND S2	4 183	Fagfellevurdert Publisert 2010-2020 Adult 19+ Språk: norsk, svensk, dansk og engelsk Medline journal + nursing journal	6	2	Danielsen, B.V., Sand, A.M. Rosland, J.H. & Førland, O. (2018) Experiences and challenges of home care nurses and general practitioners in home-based palliative care - a qualitative study Artikkel 5 valgt i dette søket
5	03.01.2021	PubMed	1.Home Care 2.Palliative Care 3.S1 AND S2	4183	Fagfellevurdert Publisert 2010-2020 Adult 19+ Språk: norsk, svensk, dansk og engelsk Medline journal + nursing journal	8	4	Oosterveld-Vlug, M.G. , Custers, B. Hofstede, J., Donker, G.A., Rijken, P.M., Korevaar, J.C. & Francke, A.L. (2019) What are essential elements of high-quality palliative care at home? An interview study among patients and relatives faced with advanced cancer Artikkel 8 valgt i dette søket

4 Presentasjon forskningsartikler

Funnene fra de utvalgte forskningsartikler belyser hvilken kompetanse og kunnskap sykepleier i palliativ omsorg må ha for å kunne lindre smerter, kan grupperes i fire hovedområder. Disse områdene er aktuelle for å besvare problemstillingen med funn innen smertekartlegging, kompetanse og faglig oppdatering/veiledning, relasjon mellom sykepleier, pasient og pårørende og livskvalitet. I tabell 2 presenteres artiklene i en artikkelmatrise som beskriver studienes hensikt, metode og funn.

Tabell 2. Artikkelmatrise

Nr	Forfatter	Tittel	Tidsskrift	Hensikt	Metode	Funn
1	Molnes S.I. (2014) Norsk studie	Nurses experiences with pain management for cancer patients living at home	Nordisk sykepleie forskning ,2014, Juni; side: 142-155	Hensikten med studien var å belyse hvordan sykepleier opplever kompetansen i smertelindring til hjemmeboende kreftpasienter	Kvalitativ metode. 10 sykepleiere som deltok i studien. Krav: sykepleiere har jobbet minimum i et år i hjemmesykepleien. Halvstrukturerte, individuelle intervjuer.	Noen av sykepleierne mente at kompetanse kom med årene og at det var viktig å dele erfaringene med resten av personalet. De påpekte også viktigheten av å gjøre hverandre tryggere, og på denne måten kan de sammen heve kompetansen. Sykepleierne hadde et sterkt ønske om faglig oppdatering på arbeidsplass. Noen av sykepleiere følte seg tryggere av å bruke smertestillende i tablettform og smerte plaster enn å bruke smertepumpe.
2	Gibbins, J. Bathia, R. Forbes K. & Reid, C.M (2014) Engelsk studie	What do patients with advanced incurable cancer want from the management of their pain?	Palliative Medicine, 2014, Jan; 28(1): 71-78	Å undersøke relasjon mellom sykepleier og pasienten, samtidig undersøke hvordan pasientene opplever smerter og videreformidling av det. Hvordan behandling pasienten ønsker for å lindre smerter,	Kvalitativ studie med ansikt til ansikt intervjuer. Deltakere: 15 pasienter med uhelbredelig kreft. Tre av pasientene måtte trekke seg grunnet helsemessige årsaker.	Resultatene forteller hvor viktig det er for pasientene å ha god livskvalitet tross alt smerter og alvorlig sykdom. Tillit til helsepersonell generelt og at sykepleiere har kunnskap om smertestillende, samtidig at de er gode for å gi informasjon til pasientene bruken av dem.

				og hva som er viktig for pasienten.		
3	Vigstad, S. Clancy, A. & Broderstad, A.R (2018) Norsk studie	Palliative pasienter får bedre lindring med tidlig symptomvurdering og tiltak	Sykepleien forskning, 2018; 13(74591): (e-74591)	Hensikten å undersøke hvilken effekt bruk av ESAS har	Kvantitativ studie. Systematisk bruk av ESAS. 274 pasienter deltok i studien. Begge kjønn var jevnt fordelt.	Resultatene viser at riktig og hyppig bruk av ESAS viser gode resultater. ESAS beskrives som et godt kartleggingsverktøy som gir reduksjon i alle symptomene, samtidig riktig brukt av ESAS gir økt kvalitet på sykepleie. Tidlig start med kartlegging og iverksatt behandling kan redusere risiko for problematiske symptomer over lang tid og derfor gir økt livskvalitet for pasienten.
4	Danielsen, B.V., Sand, A.M. Rosland, J.H. & Førland, O. (2018) Norsk studie	«Experiences and challenges of home care nurses and general practitioners in home-based palliative care - a qualitative study	BMC Palliative Care (2018)17: 95	Hensikten med studien var å undersøke hvilket forhold som fremmer eller hemmer pasientens muligheter i palliativ fase til å kunne dø hjemme.	Kvalitativ metode med fire fokusgrupper med totalt 19 deltagere. Deltagere var enten sykepleiere i hjemmesykepleien eller fastleger. Det ble anvendt semistrukturerte spørreundersøkelser.	Resultatet av studien viser at for kunne gi optimal palliativ omsorg i hjemmet var disse hovedfaktorene viktige: en god start for pasienten og pårørende, med fem undertemaer. De fem undertemaene var a) etablere tillit og trygghet for pasient og pårørende. b) De første dagene hjemme, å bli ivaretatt c) Etablere et godt samarbeid mellom hjemmesykepleiere og fastlegen d) Etablere sikkerhet og trygghet ved å sikre tilgjengelighet til fastlege og sykepleiere e) Konsultasjon i hjemmet av fastlegen etter hjemkomst. Et annet relevant punkt var støtte og veiledning av sykepleiere er avgjørende for å kunne gi lindrende sykepleie i hjemmet.
5	Oosterveld-Vlug, M.G. , Custers, B. Hofstede, J., Donker, G.A., Rijken, P.M., Korevaar, J.C. & Francke, A.L. (2019) Nederlandsk studie	«What are essential elements of high-quality palliative care at home? An interview study among patients and relatives faced with advanced cancer	BMC Palliative Care (2019) 18:96	Hensikten med denne studien var å undersøke hvilke faktorer som pasienter og deres pårørende ser på essensielt i palliativ omsorg til kreftpasienter av høy kvaliteten i hjemmet.	Kvalitativ metode med semistrukturerte intervjuer av 13 pasienter med avansert kreft og 14 pårørende. Deltakerne diskuterte sine erfaringer med palliativ omsorg og støtte de fikk fra hjemmesykepleiere og fastlege. Hvilke behov som ble oppfylt eller ikke.	Resultatet av studien viser at både pasienter og pårørende hadde fire punkter som var essensielle: sykepleiere og fastleger måtte ha medisinsk ferdighet, være tilgjengelige, ha fokus på personen og vise personlig interesse og ta pasient og pårørende på alvor. Et annet punkt var proaktivitet. Gjøre presise avtaler med annet samhandlende helsepersonell, samt informere pasient og pårørende i god tid.

5 Drøfting

Hvilken kompetanse må sykepleier ha for å kunne lindre smerter hos hjemmeboende kreftpasienter i sen palliative fase?

Etter innføring av samhandlingsreformen skrives pasienter raskere ut fra spesialisthelsetjenesten til sin hjemkommune. Kommunene pålegges et større ansvar og det er nødvendig med kompetent helsepersonell for å lykkes (Fjørtoft, 2016, s. 152-153).

Forutsetningen for å kunne være hjemme i palliativ fase er at pasienten opplever det som trygt og at det er ønsket fra både pasient og pårørende. For å skape trygghet må sykepleier i hjemmebasert omsorg være tilgjengelig og inneha tilstrekkelig kompetanse for å kunne dekke pasientens grunnleggende behov (Fjørtoft, 2016, s. 81). Så mange som 70 % av pasientene med langtkommen kreft vil ha smerter som krever behandling, sykepleiekompetanse innen smertelindring er derfor en stor del av palliativ omsorg (Kongsgaard, 2017, s. 181).

I studien utført av Molnes (2014) trekkes også kompetanse frem som avgjørende for at pasienten skal føle seg ivaretatt i situasjonen. Pasienten har på den ene siden rett til å bli møtt av helsepersonell som er kompetente, omsorgsfull og yter faglig forsvarlig helsehjelp. På den andre siden er ledere innen helse-og omsorgstjenesten pliktet til å sørge for kompetent og tilstrekkelig med helsepersonell til enhver tid (Helsepersonelloven, 1999, § 4; NSF, 2019). Utifra egne erfaringer fra hjemmesykepleien, kan tidspress og mangel på ressurser være en utfordring.

5.1 Tidlig smertekartlegging ESAS, NRS

Florence Nightingale vektla betydningen av nøyaktig observasjoner og kartlegging knyttet til pasientens tilstand og endringer av den. Hensikten med dette er ifølge Nightingale å opprettholde liv og velvære. Hun påpekte videre hvor viktig det var med presis dokumentasjon for den medisinske oppfølgingen (Holter, 2015, s. 110-111).

Det er sykepleierens ansvar å tidlig kartlegge pasientens totale smerte. Med totale smerte menes det fysiske, psykiske, sosiale og eksistensielle. Sykepleier kan gjennom observasjon og samtale med pasienten vurdere om pasienten har behov for videre smertebehandling. For at pasienten skal ha god oppfølging og behandling, er det avgjørende med systematisk kartlegging av pasientens egenrapporterte smerte, det vil si at pasienten bør registrere sin egen smerte i tillegg til sykepleierens vurdering. Dette gir mer oversiktlig bilde av pasientens smerteopplevelse (Knudsen & Kaasa, 2018, s. 396-397).

Studien til Danielsen et al. (2019) understreker også viktigheten av tett samarbeid mellom sykepleier i hjemmetjenesten og fastlege for å kunne gi kreftpasienten nødvendig smertelindring. Sykepleier har ansvar for kontinuerlige observasjoner av pasientens smertetilstand, og videreformidle dette til fastlegen for medisinsk oppfølging.

Et annet relevant punkt sykepleier må være oppmerksom på, er at pasienten kan utvikle toleranse ved bruk av opiater. Sykepleier bør være informert om pasientens tidligere erfaringer med bruk av sterke smertelindrende medikamenter (Lorentsen et al., 2017, s. 409-410).

For å kartlegge smerter hos kreftpasienter, er det vanlig å bruke kartleggingsverktøy som NRS -skalaen og ESAS -skjemaet. NRS - skala forteller intensitet på smerter. Skalaen går fra 0 til 10, hvorav 0 - «ingen smerter», mens 10 - er det «verst tenkelig smerter». Siden NRS kun kartlegger smerter, har vi i hovedsak valgt å vektlegge bruk av ESAS som kartleggingsverktøy. Med ESAS-skjema kan sykepleier kartlegge flere symptomer samtidig, blant annet kvalme, smerte, depresjon, døsigheit, slapphet, angst og dårlig matlyst (Lorentsen et al., 2017, s. 410).

Resultatene fra studien til Vigstad et al. (2018) viser at både sykepleiere og pasientene var trygge på å bruke ESAS- skjema. Mange av pasientene hadde godt kjentskap til skjema fra før, derfor var de vant til alle spørsmålene som fulgte med. For at den kreftsyke pasienten skal få tilstrekkelig smertelindrende behandling, innebærer dette at sykepleiere er gode til å observere og har kunnskaper om pasientens symptomer. Videre i studien påpekte sykepleierne blant annet hvor viktig det var med tidlig kartlegging. Dette var avgjørende for videre behandling, og for å redusere risiko for problematiske symptomer. Tidlig symptomlindring ga igjen økt livskvalitet hos kreftpasientene.

I motsetning til studien utført av Vigstad et al. (2018) viser forskningen til Molnes (2014) at det kun var 3 av 10 sykepleiere som benyttet ESAS- skjema som kartleggingsverktøy. Sykepleiere fortalte at de ikke visste hvordan de anvendte slike verktøy og at de ikke fått opplæring i dette. I studien til Molnes (2014) svarte noen av sykepleiere at de hadde et ønske om å bruke ESAS- skjema kartleggingsverktøy, men at noen av pasientene vegret seg for å bruke dette. Pasientene forklarte dette med at det ble en ekstra belastning med å ha flere skjemaer å måtte forholde seg til.

5.2 Smertebehandling: medikamentell behandling

Når den kreftsyke pasienten skal starte med medikamentell behandling mot smerter, må smertetype og smerteintensitet kartlegges. Det er viktig å bruke WHO's smertetrapp, det vil si å begynne på det nederste trinnet. Det nederste trinnet starter med ikke-opioide analgetika som for eksempel paracetamol, eventuelt NSAIDs etter legens forordning. Dosen kan alltid økes etter behov. Det er uansett viktig å velge den enkleste behandlingsformen først, det vil si perorale legemidler. For at den kreftsyke pasienten skal være godt smertelindret, kreves det at sykepleier har god kunnskap om medisiner, bruken av dem, kan vurdere effekt og eventuelle bivirkninger. I noen tilfeller er det svært vanskelig å hjelpe pasienten med å lindre smerter, og derfor krever behandling av tverrfaglig team (Kongsgaard, 2017, s. 185-186).

I studien til Molnes (2014) forteller noen av sykepleiere at ressursmangel og mangel på kompetanse førte til dårlig smertelindring hos hjemmeboende kreftpasienter. Det var ofte vanskelig å observere pasientene over tid, og sykepleier i hjemmetjenesten kun observerte pasientene innenfor et kort tidsrom. Et annet relevant punkt som kom frem i resultatene, var at

noen av sykepleiere opplevde uenigheter om hvilken administrasjonsform for medikamenter som skulle benyttes. Dette førte til at flere sykepleiere foretrakk å bruke tabletter lengst mulig. Noen av sykepleiere ønsket å bruke smerteplaster, fordi dette ble ansett som lettere å administrere og mindre ressurskrevende. På den ene siden fortalte flere av sykepleiere at de vegret seg å gi morfin, selv om dette ble sett på som nødvendig ved sterke smerter. På den andre siden førte dette igjen til at pasienten ble sløv og mistet kontakten med pårørende, noe som kunne oppleves frustrerende for pårørende. På bakgrunn av dette oppgav flere at det ble skapt uenighet blant sykepleierne i hjemmesykepleien. Sykepleierne uttrykte også at det var viktig å gjøre hverandre trygge ved hjelp av refleksjon i etterkant, og ved å dele erfaringer seg imellom. På denne måten mente de at man kan heve kompetansen.

I forskning til Gibbins et al. (2014) fortalte kreftsyke pasienter at de var opptatt av å ha «gode dager» og livskvalitet kom høyt opp på ønskelisten. Noen av pasientene ønsket å få mer informasjon om smertestillende, noe som de savnet generelt fra helsepersonell. Pasientene oppgav at de ikke var tilstrekkelig informert om viktigheten av å ta smertestillende jevnlig, hvis man ikke for øyeblikket opplevde å være smertepreget. Dette førte til at noen pasienter ventet altfor lenge med å formidle at de trengte smertestillende. Dette førte igjen til smertetopper det senere ble vanskelig å behandle. Pasienter har til enhver tid rett på tilstrekkelig informasjon, både om helsetilstand, mulig risiko og bivirkninger av behandling (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-2).

Enkelte av pasientene oppgav at de ikke ønsket å ta smertestillende på dagtid, på grunn av bivirkninger som døsighet. Noen av pasientene var tilbakeholdne med å fortelle om sine smerter, og synes det var rart at smertene skulle vurderes med kartleggingsverktøy. Disse pasientene foretrakk heller å få direkte spørsmål om hvordan de hadde det fra dag til dag, og hva smertene tillot dem å gjøre den aktuelle dagen (Gibbins et al., 2014).

Et annet punkt som bør trekkes frem og som er av stor verdi for pasienten, er å ha en fastlege som pasienten har tillit til. Det er en fordel at fastlegen har kjent pasienten gjennom flere år. Legen har hovedansvaret for den medisinske behandlingen og bør stilles til disposisjon for pasienten hele døgnet den siste levetiden. Sykepleier er bindeleddet mellom pasient og fastlegen. Sykepleier skal observere, videreformidle endringer til fastlegen. God planlegging av legemiddelbruken med tanke på økende smerter eller andre plagsomme symptomer er en nødvendighet (Norås, 2017, s. 312).

Nightingale understreket også at en oppøvd iakttakelsesevne hos sykepleier er nødvendig for å kunne pleie syke. Uten denne evnen er vil sykepleieren være unyttig. Sykepleier er der hos pasienten og må nedfelle korrekte og nøyaktige dokumentasjon til legen (Kristoffersen, 2017, s. 154). Dette omtales også både i en studiene gjennomført i Nederland og i Norge, der tett samarbeid med fastlege og hjemmesykepleiere ble sett på som essensielt i den palliative omsorgen. Resultatene fra studiene vektla medisinske ferdigheter både hos sykepleiere og leger, tilgjengelighet og god informasjon for å oppnå smertelindring (Oosterveld-Vlug et al., 2019; Danielsen et al., 2018).

Livskvalitet i hovedsak betyr «det gode liv». Hva som er viktig og gir mening for den kreftsyke pasienten er individuelt. God relasjon til sykepleier og pårørende, opprettholdelse av håp, god livskvalitet tross alt smerter, er avgjørende for pasienten (Lorentsen et al., 2017, s.424).

I studiet til Gibbins et al. (2014) legger pasientene vekt kontroll over smerter som viktig for at de skal kunne ha «gode dager» og oppleve livskvalitet. Videre forteller pasientene at relasjonen til helsepersonell generelt og et godt forhold til familien, og ikke være til bry, noe som lindret uro og indre ubehag. Et annet relevant punkt pasientene påpekte var at ved god smertelindring var de i stand til å gjennomføre ADL uten å være til belastning for familien. Smerter er sammensatt av flere faktorer og pasientens psykososiale tilstand vil kunne ha direkte innvirkning på smerteopplevelsen (Danielsen et al., 2017, s. 383). Psykiske og sosiale problemer i kombinasjon med smerter vil kunne forsterke smerteopplevelsen. (Kongsgaard, 2017, s. 181).

5.3 Sykepleierens faglige kunnskap og kompetanse

I flere av forskningsartiklene påpeker sykepleierne at kompetanse og faglig oppdatering er viktig for oppfølging av pasienter i palliativ fase. Sykepleierne sa også at de hadde behov for tilrettelegging for å kunne øke sin egen kompetanse (Molnes, 2014; Danielsen et al., 2018).

I studien til Molnes (2014) forteller noen av sykepleierne i hjemmesykepleie at de ønsket og etterlyste faglig oppdatering innen smertelindring. Det ble sjeldent gjennomført interne kurs, grunnet manglende kompetanse. Sykepleiere påpekte blant annet viktigheten av å ha

sykepleiere med videreutdanning i palliasjon og kreftsykepleie. Disse kunne gi veiledning og råd til personalet. Resultatene viste også at det var store variasjoner i kompetanseheving i de ulike kommunene. Et annet punkt var viktigheten av refleksjon, og det å kunne dele kunnskap og erfaring med resten av personale. På denne måte kunne kompetansen heves.

Kompetanse er definisjon på samlede ferdigheter, holdninger og kunnskaper som gjør det mulig for en sykepleier å utføre oppgaver og funksjoner i tråd med definerte mål. Det forventes høy kompetanse og selvstendighet av en sykepleier imøtekomme kreftsyke pasienter og ikke minst at sykepleier skal kunne handle etisk forsvarlig (Reitan, 2017, s. 38).

Et annet element er at sykepleier allikevel pliktet til å handle i tråd prinsippene i yrkesetiske retningslinjer (NSF, 2019) og også helsepersonelloven (1999) §4 som omhandler forsvarlighet. Lovens føringer pålegger helsepersonell å innhente kompetanse der helsepersonell opplever at utilstrekkelig kompetanse kan føre til uforsvarlig helsehjelp.

For at samhandlingsreformen skal kunne fungere optimalt, stilles det krav til kompetent helsepersonell. Det viser seg allikevel at kommunene i liten grad har økt kapasiteten og styrket kompetansen etter innføring av samhandlingsreformen. Det er fortsatt for liten kunnskap om kvaliteten på tjenestene til pasientene som ble utskrevet til hjemmet fra spesialisthelsetjenesten (Fjørtoft, 2016, s. 152-153). Tatt i betraktning av dette har pasienten ifølge samhandlingsreformen krav på å motta nødvendig helsehjelp i hjemme. Det skal i tillegg være kvalitet på helsetjenestene. Resultatene av studiene vi har inkludert vise at realiteten er fortsatt mangel på kompetanse i kommunen når pasienten har et sammensatt sykdomsbilde (Molnes, 2014).

I studien Molnes (2014) fortalte fem av ti sykepleiere at de hadde mulighet til å hospitere ved en kreftavdeling, noe som hadde bidratt til å øke teoretisk og praktisk kunnskap. Sykepleiere fikk blant annet praktisk trening i tekniske prosedyrer og fikk innsikt i forskjellige problemstillinger. Både resultatene til Molnes (2014) og faglitteratur trekker frem nødvendigheten av at sykepleiere i hjemmesykepleie bør ha bred teoretisk, praktisk og etisk kunnskap. Med teoretisk kunnskap menes det at kunnskap er faktabasert, basert på teorier og forskning som skaper grunnlaget for å forstå hvordan sykepleie skal utøve sykepleie i ulike situasjoner. Praktisk kunnskap innebærer å være til stede for pasienten når det trengs og at sykepleier har de nødvendige ferdighetene for å utøve sykepleie. Et annet relevant punkt er

viktigheten av at sykepleier gjør gode observasjoner om pasientens opplevelse av smerter og ubehag. Etisk kunnskap handler om sykepleierens handlinger og holdninger. Sykepleier møter pasienten i en sårbar situasjon som er avhengig av hennes hjelp. Det er viktig at sykepleier klarer å handle på en moralsk og forsvarlig måte (Reitan, 2017, s. 38-39).

5.4 Relasjonsbygging og tillit

For å lykkes med palliativ pleie i hjemmet er en god relasjon og kommunikasjon mellom sykepleier, pasient og pårørende svært viktig. En god start etter utskrivelse fra spesialisthelsetjenesten til hjemmet som avgjørende for hvordan videre forløp og tillit til hjemmesykepleier ble. Med en god start etter utskrivelse fra spesialisthelsetjenesten ble etablering av tillit og trygghet i første møte med hjemmesykepleien sett på som svært viktig. Videre i studien kommer også viktigheten av godt samarbeid med fastlegen. Der samarbeidet med fastlegen var mangelfullt ble det raskere innleggelse. Fastlegen er også viktig med klargjøring av resepter på smertelindrende medikamenter når tilstanden endres og ved forskrivelse av medikamenter som benyttes i livets slutfase (Danielsen et al., 2018).

Ut ifra egne erfaringer i hjemmebaserte omsorgen har vi opplevd at pasienten tilstand kan snu brått i sen palliativ fase. Etablering av tidlig og tett kontakt med fastlegen er derfor viktig for å være føre- var for å unngå smertetopper. Smerter er noe kreftpasienter frykter mest og langvarige smerter kan føre til isolasjon, oppgitthet og redusert livskvalitet (Kaasa, 2016, s. 404).

Studien til Oosterveld-Vlug et al. (2019) bekrefter også at medisinsk kompetanse og det å være tilgjengelig er avgjørende for at pasienten skal få rask smertelindring. Å gjøre presise avtaler med samhandlende helsepersonell, samt informere pasient og pårørende i god tid er en forutsetning for å skape tillitsfulle bånd mellom sykepleier og pasient. Dette kan også betraktes fra en annen synsvinkel der mangel på ressurser og tid ofte er en utfordring i hjemmesykepleien (Fjørtoft, 2016, s. 164).

I forskningen til Oosterveld-Vlug et al. (2019) oppgir både pasientene og pårørende at personlig interesse hos helsepersonell som essensielt i palliativ omsorg. Med personlig interesse ble empati, oppmerksomhet, emosjonell støtte, aktiv lytting og å ta pårørende og

pasient på alvor som rangert høyt. Resultatet av studien viser at personlig interesse i kombinasjon med medisinsk kompetanse, kommunikasjon, informasjon, tilgjengelighet og personlig interesse som de viktigste faktorene for å lykkes med palliasjon av høy kvalitet i hjemmet.

Dette blir også bekreftet i studien utført av Gibbins et al. (2014) hvor pasientene oppgir viktigheten av å ha tillit til helsepersonell generelt. Uten tillit hadde de kreftsyke pasientene vansker med å åpne seg og det kunne resultere i at smertene forble ubehandlet. Dette ble av pasientene beskrevet som at gode dager uteble og livskvaliteten forringet. Et annet relevant punkt pasientene påpekte, var ønske om å kunne få direkte spørsmål fra helsepersonell om smerteintensitet og hva som var viktig for dem denne aktuelle dagen, siden smerter påvirket hverdagen deres betydelig.

En god relasjon til pårørende er også en forutsetning for å kunne gi tilstrekkelig smertelindring, støtte til pasienten og et godt grunnlag for informasjonen som skal formidles kontinuerlig. Dette kan betraktes fra en annen synsvinkel om at pårørende er svært viktige ressurs for ivaretagelse og trygghet, selvbylde og integritet til pasienten gjennom sykdomsforløpet (Stensheim et al., 2018, s. 274-285).

Hjemmet er for de fleste en arena som anses som privat og personlig som gir trygghet og identitet (Fjørtoft 2016, 28). Forskningen til Danielsen et al. (2018) viser også at de fleste pasienter ønsker å være i eget hjem siste tiden. Det å få en god start første dag mellom hjemmesykepleiere, pasient, pårørende og fastlege kan være avgjørende for å lykkes og unngå reinnleggelse av pasienten. Studien viser viktigheten av god overføring fra sykehus til hjemmet. Dette innebar tilstrekkelig og klargjort medisinsk utstyr som for eksempel smertepumpe, resepter, sykehusseng og eventuelt annet nødvendig utstyr. Et annet relevant punkt var å opprette en primærgruppe for pasient og pårørende for å skape kontinuitet og ivareta pasientens trygghet. En av sykepleierne uttalte at alt avhenger av pårørende og at sykepleierne ikke kunne gjøre jobben, med mindre familien var trygg. Uten familien er det veldig vanskelig å lykkes med palliativ omsorg i hjemmet.

Nightingale var en av de første til å vektlegge viktigheten av miljøet rundt pasienten (Karoliussen, 2011, s. 248). Dersom boligen ikke er godt nok tilrettelagt, kan mangel på utstyr og hjelpemidler by på utfordringer både for pasienten og sykepleier. Derfor er det viktig å

sørge for at dette er i orden for å unngå frustrasjoner både fra pasienten og hjemmesykepleier. For å slippe unødvendige frustrasjoner er det viktig dersom det mangler noe, at alle som er hos pasienten tar ansvar og eventuelt bestiller det som mangler (Fjørtoft, 2016, s. 163).

Når hjemmesykepleier kommer hjem til pasienten, har hun god mulighet til å få innblikk av pasientens liv. Å jobbe i andres hjem gir et godt grunnlag for å se flere sider av pasienten, og situasjonen i seg selv kan gi muligheter for sykepleier til å oppnå god kontakt med pasienten. Nøkkelen til å oppnå tillit og kontakt kan være hvis sykepleieren klarer å vise til pasienten at hun er genuint interessert i han (Fjørtoft, 2016, s. 36-37). Dette understøttes også av forskningen til Oosterveld-Vlug et al. (2019) der deltakerne vektla personlig interesse fra sykepleiere med empati, følelsesmessig støtte, hengivenhet og følelse av å fritt kunne uttrykke bekymringene sine til helsepersonell viktig.

5.5 Ethiske utfordringer og faglig forsvarlighet i hjemmesykepleien

Mangel på ressurser som tid, personale, kompetanse og utstyr er en utfordring i hjemmesykepleien (Fjørtoft, 2016, s. 162). Til forskjell fra dette ble medisinsk dyktighet, kompetanse, erfaring og veiledning ansett av både pasientene og sykepleiere som essensielt for å oppnå god lindrende behandling i hjemmet. Trygghet, fleksibilitet og tilgjengelighet døgnet rundt fra hjemmesykepleierne var også et viktig punkt (Danielsen et al. 2018; Oosterveld-Vlug et al., 2019).

I hjemmesykepleien er det meget viktig med kompetent personale for å sørge for forsvarlig sykepleie. Hjemmesykepleier møter komplekse problemstillinger og derfor nok bemanning og kompetanse er en avgjørende faktor. I studien til Molnes (2014) sa noen av sykepleierne at bemanningen til tider kunne være for lav i forhold til arbeidspress og pleietyngden. Dette førte til dårlig oppfølging og smertelindring hos kreftpasientene. Ettersom sykepleierne strevde med tidspress i forhold til oppgavene de skulle utføre i løpet av vekten, resulterte dette i at de måtte utsette andre oppgaver. Erfaringsmessig er hjemmesykepleien preget av høyt arbeidstrykk og sykepleier er ofte under tidspress fra flere hold.

Tidspress og mangel på tid er et problem i hjemmesykepleien. Siden hjemmesykepleier alltid må prioritere avsatt tid til pasienten. Dette kan dette være vanskelig både for pasienten og sykepleier. Det krever en god sykepleier for å observere pasienten og se behovet, samtidig sørge for god omsorg til hver enkelt pasient på den korte tiden sykepleier er hjemme hos pasienten (Fjørtoft, 2016, s. 164).

Loven skal sikre at pasientene har blir møtt med kompetent helsepersonell og at hjelpen de mottar er faglig forsvarlig (Helsepersonelloven, 1999, §4). Funn fra forskningen til Molnes (2014) viser at sykepleierne opplevde mangel på kompetanse og ressurser i hjemmesykepleien. Dette resulterte i enkelte tilfeller av utilstrekkelig smertelindring hos kreftpasienter.

6 Avslutning

I denne oppgaven har vi gjennom fag- og forskningslitteratur sett på hvilken kompetanse sykepleier i hjemmetjenesten må ha for å kunne lindre smerte hos kreftpasienter i sen palliativ fase. Funn fra valgte studier viser at for å kunne gi optimal smertelindring er det behov for økt kompetanse og faglig veiledning for sykepleiere. Smerter er kompleks og sammensatt og ikke bare en fysisk. Ved hjelp av smertekarleggingsverktøy kan sykepleier gi bedre og mer presis smertelindring. Dette vil gi pasientene økt livskvalitet i form av «gode dager».

Trygghet, tillit og relasjonsbygging er essensielt for å kunne lindre smerter. Usikkerhet, utrygghet og angst vil kunne forsterke smerteopplevelsen og er individuelt. Sykepleiers lindrende funksjon har som mål å redusere pasientens belastninger så godt som mulig. Ved manglende tillit og kommunikasjon vil smerter kunne bli underbehandlet. Godt samarbeid med fastlege var også av stor betydning for at pasienten skulle kunne være hjemme og for å unngå reinnleggelse til spesialisthelsetjenesten.

Hovedfunnene i forskningsartiklene viser at kompetansen i kommunehelsetjenesten varierer. For at kreftpasienter skal få den helsehjelpen de har krav på, tilstrekkelig smertelindring, er kommunikasjon mellom pasienten, sykepleier og pårørende er avgjørende. Faglig forsvarlighet er et viktig element, og hjemmeboende kreftpasienter har krav på å bli møtt av kompetente sykepleiere som handler i sitt kompetanseområde. Det er derfor nødvendig med mer undervisning, opplæring i smertelindring, mer tid til refleksjon for sykepleier som jobber med pasienter i denne fasen.

Referanseliste

- Alsvåg, H. (2015). Faglig kjønn og omsorg. Grov, E.K., & Holter, I.M (Red.). *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie. Sykepleieboken 1.* (5.utg., s.156- 178). Cappelen Damm Akademisk
- Dalland, O. (2020). *Metode og oppgaveskriving.* (7.Utg.). Gyldendal Akademisk
- Danielsen, A., Berntzen H. & Almås H. (2017). Sykepleie ved smerter. D.-G. Stubberud., R. Grønseth & H. Almås. (Red.). *Klinisk sykepleie 1.* (5. utg., s. 388-391). Gyldendal Akademisk
- Danielsen, B. V., Sand, A.M., Rosland, J.H. & Førland, O. Experiences and challenges of home care nurses and general practitioners in home-based palliative care - a qualitative study. *BMC Palliative Care* (2018), 17;95
<https://bmcpalliativecare.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12904-018-0350-0>
- Ehnfoss, M., Ehrenberg, A., Thorell-Ekstrand, I., Thorbjørnsen, K.M, Fossum, M. & Rotegård, A. (2015). *Nye VIPS-boken: velvære, integritet, profylakse, sikkerhet.* Cappelen Damm Akademisk
- Eide & Eide. (2019). Hva er god, profesjonell kommunikasjon? *Kommunikasjon i relasjoner. Personorientering, samhandling, etikk.* (3. utg., s.15-45). Gyldendal Akademisk
- Finset, A. (2016). Smertepsykologi. S. Kaasa & J. H. Loge. (Red.), *Palliasjon. Nordisk lærebok.* (2.utg., s. 372-386). Gyldendal Akademisk
- Fjørtoft, A-K. (2016). *Hjemmesykepleie: ansvar, utfordringer og muligheter.* (3. utg.). Fagbokforlaget
- Folkehelseinstituttet (2020). Dødsårsakregisteret. Hentet 30. november 2020 fra <http://statistikkbank.fhi.no/dar/>
- Folkehelseinstituttet (2020). Ikke smittsomme sykdommer. Hentet 30.november 2020 fra <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/kreft/>

- 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%2F0269216313486310>
- Grov, E. K. (2017). Pårørende. A. M. Reitan & T. K. Schjøberg. (Red.). *Kreftsykepleie: Pasient - Utfordring – Handling*. (4.utg., s. 251-252). Cappelen Damm Akademisk
- Grov, E. K., Fosså, S.D., Sørebo, Ø. & Dahl, A.A. (2006). Primary caregivers of cancer patients in late palliative phase: a path analysis of variables influencing their burden. *Social Science & Medicine*, 63 (2006) 2429-2439. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2006.06.008>
- Helsedirektoratet 2018. Palliasjon. Hentet 4. januar 2021 fra <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/lindrende-behandling-i-livets-slutfase/innledning>
- Helsepersonelloven (1999). Lov om helsepersonell (LOV-1999-07-02-64). Lovdata https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64/KAPITTEL_2#KAPITTEL_2
- Henoch, I. (2013). Den totala smärtan. B. Andershed, B-M. Ternstedt & C.Håansen. (Red.) *Pallitiv vård. Begrepp & perspektiv i teori och praktik* (s. 129-136). Studentlitteratur
- Holter, I. M. (2015). Sykepleierprofesjonens grunnleggende kjennetegn. E.K. Grov & I. M. Holter (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie. Sykepleieboken 1*. (5. utg., s. 110-111). Cappelen Damm Akademisk
- Karoliussen, M. (2011). *Nightingales arv-ny forståelse. Sykepleiers kjerne; verdier, intensjon og handling*. Gyldendal Akademisk
- Knudsen, A. K. & Kaasa, S. (2018). Smertediagnostikk. S. Kaasa & J. H. Loge. (Red.). *Palliasjon. Nordisk lærebok*. (3.utg., s.387- 401). Gyldendal Akademisk

Kongsgaard, U. E. (2017). Smerter og smertebehandling. A. M. Reitan & T. K. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie: Pasient - Utfordring – Handling*. (4.utg., s. 181-197). Cappelen Damm Akademisk

Kreftforeningen (2020). Lindrende / palliativ behandling. Hentet 2. desember 2020
<https://kreftforeningen.no/om-kreft/behandling/lindrende-palliativ-behandling/>

Kreftregisteret (2020, 22. oktober). Hentet 30. november 2020
<https://www.kreftregisteret.no/Generelt/Nyheter/2020/nar-35.000-nye-krefttilfeller-i-2019/>

Kristoffersen, N. J. & Nortvedt, F. (2017). Pasient og sykepleierverdier og samhandling. N. J. Kristoffersen., F. Nortvedt., E-A. Skaug & G. H., Grimsbø (Red.). *Grunnleggende sykepleie Bind 1. Sykepleie- fag og funksjon*. (3. utg., s.89-138). Gyldendal Akademisk

Kristoffersen, N. J. (2017) Sykepleie-kunnskapsgrunnlag og kompetanseutvikling. N. J. Kristoffersen , F. Nortvedt, E- A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.). *Grunnleggende sykepleie Bind 1. Sykepleie- fag og funksjon*. (3. utg., s.139-191). Gyldendal Akademisk

Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F., Skaug, E-A. & G. H. Grimsbø.(2017). Hva er sykepleie? Sykepleie – fag og funksjoner. N.J. Kristoffersen., F. Nortvedt., E-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.). *Grunnleggende sykepleie Bind 1. Sykepleie – fag og funksjon*. (3utg., s.15-27). Gyldendal Akademisk

Lorensen, V. B. & Grov, E. K. (2017). Generell sykepleie ved kreftsykdommer. D.- G. Stubberud., R. Grønseth & H. Almås (Red.). *Klinisk sykepleie 2*. (5. utg., s. 398-408). Gyldendal Akademisk

Molnes S.I. (2014). Nurses experiences with pain management for cancer patients living at home. *Nordisk sykepleieforskning*, 4(2),142-155.

https://www.idunn.no/file/pdf/66703008/sykepleieres_erfaringer_medsmertelindring_til_hjemmeboende.pdf

Molven, O. (2019). *Sykepleie og jus*. (6.utg). Gyldendal (Juridisk)

Norsk Helseinformatikk (2018, 4. juli). ESAS symptom skjema. Hentet 29. november
<https://nhi.no/skjema-og-kalkulatorer/skjema/lindrende-behandling/esas-symptomskjema/>

Norsk sykepleierforbund-faglig forsvarlighet

<https://www.nsf.no/sykepleiefaget/faglig-forsvarlighet-og-omsorgsfull-hjelp>

Nortvedt, P. (2014). *Omtanke. En innføring i sykepleiens etikk*. Gyldendal Akademisk

Oosterveld-Vlug, M. G., Custers, B., Donker, G. A., Rijken, P. M., Korevaar, J. C. & Francke, A. L. (2019). What are essential elements of high-quality palliative care at home? An interview study among patients and relatives faced with advanced cancer. *BMC Palliative Care*, (2019) 18:96
<https://bmcpalliatcare.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12904-019-0485-7>

Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>

Reitan, A. M. (2017). *Kreftsykepleie*. A. M. Reitan & T. K. Schjølberg (Red.). Kreftsykepleie: Pasient - Utfordring - Handling. (4.utg., s.33-49). Cappelen Damm Akademisk

Sneltvedt, T. (2017). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Brinchmann, B.S. (Red.). *Etikk i sykepleien*. (4.utg., s.97- 113). Gyldendal Akademisk

Stensheim, H., Hjermsstad, M. J. & Loge, J. H. (2016). Ivaretagelse av pårørende. S. Kaasa & J. H. Loge (Red.). *Palliasjon. Nordisk lærebok*. (2utg., s.274-304). Gyldendal Akademisk

Sæteren, B.(2017). Omsorg for alvorlig syke og døende pasienter-sorg og sorgarbeid. A.M. Reitan & T. Kr. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie-Pasient-Utfordring-Handling*.(4.utg., s. 222-250). Cappelen Damm Akademisk.

Verdens helseorganisasjon (WHO) palliasjon-definisjon

<https://www.who.int/health-topics/palliative-care>

Vigstad, S., Clancy, A. & Broderstad, A. R. (2018). Palliative pasienter får bedre lindring med tidlig symptom vurdering og tiltak. *Sykepleien forskning*, 13 (74591), (e-74591).

<https://doi.org/10.4220/Sykepleief.2018.74591>

Wyller, V. B. B (2019). *Syk. Mikrobiologi, patofysiologi, farmakologi, klinisk medisin*. (4.utg). Cappelen Damm Akademisk

Wernerm, M. U., Finnerud, N. B. & Arendt- Nielsen, L. (2019). *Smerter- baggrund, evidens og behandling*. (4.utg.). FADL` s Forlag