



Bacheloroppgåve

SY 300215 Bacheloroppgåve i sjukepleie

Palliativ omsorg til kreftpasientar i heimen

Kandidatnummer: 10097

Ord: 8511

Sidetal inkludert forsida: 52

Hovudrettleiar:

Mai Britt Aambakk

Innlevert Ålesund, 22.05.2018



Obligatorisk eigenerklæring/gruppeerklæring

Den enkelte student er sjølv ansvarleg for å setje seg inn i kva som er lovlege hjelpemiddel, retningsliner for bruk av desse, og reglar om kjeldebruk. Erklæringa skal gjere studentane medvitne om deira ansvar og kva slags konsekvensar fusk kan medføre. **Manglande erklæring frittek ikkje studentane frå sitt ansvar.**

Du/de fyller ut erklæringa ved å klikke i ruta til høgre for den enkelte del 1-6:		
1.	Eg/vi erklærer hermed at oppgåva vi har levert inn er mitt/vårt eige arbeid, og at eg/vi ikkje har brukt andre kjelder eller har motteke anna hjelp enn det som er nemnd i den innleverte oppgåva.	<input checked="" type="checkbox"/>
2.	Eg/vi erklærer vidare at oppgåva vi har levert inn: <ul style="list-style-type: none">• ikkje har vore brukt til annan eksamen ved anna avdeling/universitet/høgskule innanlands eller utanlands.• ikkje refererer til andre sitt arbeid utan at det er oppgitt.• ikkje refererer til eige tidlegare arbeid utan at det er oppgitt.• har alle referansane oppgitte i litteraturlista.• ikkje er ein kopi, duplikat eller avskrift av andre sitt arbeid eller andre sine svar på oppgåva.	<input checked="" type="checkbox"/>
3.	Eg/vi er kjende med at brot på ovannemnde er å sjå på <u>som fusk</u> og kan føre til annullering av eksamen og utestenging frå universitet og høgskular i Noreg, jfr. Universitets- og høgskolelova §§4-7 og 4-8 og Forskrift om eksamen §§30 og 31.	<input checked="" type="checkbox"/>
4.	Eg/vi er kjende med at alle innleverte oppgåver kan bli plagiatkontrollerte.	<input checked="" type="checkbox"/>
5.	Eg/vi er kjende med at NTNU vil handsame alle saker der det ligg føre mistanke om fusk etter NTNU si studieforskrift.	<input checked="" type="checkbox"/>
6.	Eg/vi har sett oss inn i reglar og retningsliner i bruk av kjelder og referansar på biblioteket sine nettside.	<input checked="" type="checkbox"/>

Publiseringsavtale

Fullmakt til elektronisk publisering av oppgåva

Forfattar(ane) har opphavsrett til oppgåva. Det tyder mellom anna einerett til å gjere verket allment tilgjengeleg ([Åndsverklova §2](#)).

Alle oppgåver som fyller kriteria vil verte registrerte og publiserte i Brage med forfattar(ane) si godkjenning.

Oppgåver som er unnateke offentlegheit eller bandlagde vil ikkje verte publiserte.

Eg/vi gir hermed NTNU i Ålesund ein vederlagsfri rett til å gjere oppgåva tilgjengeleg for elektronisk publisering:

ja nei

Er oppgåva bandlagt (konfidensiell)?

ja nei

(Bandleggingsavtale må fyllast ut)

- Om ja:

Kan oppgåva publiserast når bandleggingsperioden er over?

ja nei

Er oppgåva unnateke offentlegheit?

ja nei

(inneheld informasjon som er pålagt teieplikt?). [Jfr. Offl. §13/Fvl. §13](#))

Dato:

22.05.2018

Samandrag

Hensikt: Føremålet med denne studia er å auke mine kunnskapar om korleis eg som sjukepleiar kan legge til rette for god palliativ omsorg til kreftpasientar som vel å døy i heimen.

Metode: Eit systematisk litteraturstudie blei gjennomført for å identifisere, kvalitetssikre og analysere forskning om det aktuelle temaet. Åtte kvalitative forskingsartiklar blei plukka ut gjennom eit systematisk litteratursøk. Dei inkluderte artiklane vart funne gjennom databasane British nursing index, CINAHL, Swemed+ og Sykepleien.no.

Resultat: Sjukepleiarane meiner at fleire faktorar må vere til stades for å kunne leggje til rette for god palliativ omsorg. Faktorane som må vere til stades er ein god relasjon mellom pasient og sjukepleiar. Ein god relasjon er med på å skape tryggleik og betre kommunikasjon med pasienten. Ein må lindre symptom i heile si breidd, og ein må ha eit godt samarbeid med pårørande. Ein må også ha god fagleg kompetanse.

Konklusjon: Funna i dette litteraturstudiet viser at desse faktorane heng tett saman og påverkar kvarandre. Fleire av desse faktorane må hevast for å betre den palliative pleia. Sjukepleiarane ynskjer blant anna meir kompetanse på fagfeltet og betre bemanning.

Abstract

Aim: The aim of this study is to increase my knowledge of how I, as a nurse can facilitate good palliative care to cancer patients who choose to die at home.

Method: A systematic literature study was conducted to identify, quality assure and analyze on the topic in question. Eight qualitative research articles were found through a systematic search in databases, such as British nursing index, CINAHL, Swemed+ and Sykepleien.no

Results: The nurses believe several factors are necessary to accomplish good palliative care. The factors that need to be present is a good relationship between the patient and the nurse. A good relationship helps create security and better communication with the patient. One must alleviate symptoms all the way, and have good cooperation with the relatives. One must also have good professional competence.

Conclusion: The findings in this literature study show that these factors are closely linked and interfere with each other. Many of these factors needs to be raised to improve the palliative care. Nurses want both more competence on the field and more employees.

Innholdsliste

1.0	Innleiing	1
1.1	Hensikt med oppgåva	1
1.2	Problemstilling	1
1.3	Avgrensing	2
1.4	Viktige omgrep	2
1.4.1	Sjukepleie	2
1.4.2	Heimesjukepleie	2
1.4.3	Palliasjon	2
1.4.4	Kreft	2
1.5	Oppbygging av oppgåva	3
2.0	Teoribakgrunn	4
2.1	Palliativ kreftomsorg i heimen	4
2.2	Kommunikasjon	5
2.3	Kari Martinsen sin omsorgsteori	6
3.0	Metodebeskrivelse	7
3.1	Systematisk litteraturstudie	7
3.2	Datasamling og søkestrategi	7
3.3	Inklusjon- og eksklusjonskriterier	9
3.4	Kvalitetssikring	9
3.5	Etiske vurderingar	10
3.6	Analyse	10
4.0	Resultat	12
4.1	Sjukepleiar- pasientrelasjon	12
4.2	Symptomlindring	12
4.2.1	Smertelindring	13
4.2.2	Anna symptomlindring	14
4.3	Tryggleik	14
4.4	Pårørande	15
4.5	Den utfordrande samtalen	16
4.6	Fagleg kvalitet	17
5.0	Diskusjon	18
5.1	Metodediskusjon	18
5.2	Resultatdiskusjon	20
5.2.1	Pasient- og sjukepleiar relasjon	20
5.2.2	Symptomlindring	21
5.2.3	Smertelindring	21
5.2.4	Anna symptomlindring	22
5.2.5	Tryggleik	23
5.2.6	Pårørande	24
5.2.7	Den utfordrande samtalen	25
5.2.8	Fagleg kvalitet	25
5.3	Konklusjon	27
6.0	Litteraturliste	29
7.0	Vedlegg	32

1.0 Innleiing

Gjennom tre år på sjukepleieutdanninga ved NTNU Ålesund har eg hatt fleire praksisar, og i fleire av desse møtt pasientar i palliativ fase. I heimesjukepleia har eg møtt kreftpasientar som har vore i palliativ fase og desse har gjort eit spesielt inntrykk på meg. Det har vore vanskeleg å sjå korleis både pasient og pårørande har hatt det. Eg ville så gjerne hjelpe, men visste ikkje heilt korleis. På denne måten vart eg oppteken av korleis ein kan gi god sjukepleie i palliativ fase.

Det er ei stadig aukande pasientgruppe som blir ramma av kreft, i 2016 var talet på nye krefttilfelle i Noreg 32827. I 2015 døyde 11051 nordmenn av kreft. Trass fleire og fleire overlev, er det likevel eit betydeleg tal kvart år som døyr av kreft (Kreftregisteret, 2016). I yrkesetiske retningslinjer for sjukepleiarar står det «sykepleieren har ansvar for å lindre lidelse, og bidrar til en naturlig og verdig død» (Norsk sykepleieforbund, 2011, s. 9). Mange med ulækjeleg sjukdom vel å vere heime den siste tida dersom dei får moglegheita til det og ser det som eit trygt alternativ. Det blir stadig vanlegare å velje å døy i heimen, og difor har heimesjukepleia blitt ein viktig del av dagens helseteneste. I 2010 døyde 41442 personar i Noreg, 15% av desse døyde heime (Fjørtoft, 2012, s. 88).

1.1 Hensikt med oppgåva

Føremålet med oppgåva er å belyse temaet palliativ kreftsjukepleie i heimen. Eg vil auke mine kunnskarar gjennom eit systematisk litteraturstudie for å finne ut korleis ein som sjukepleiar kan leggje til rette for god palliativ omsorg til kreftpasientar som vel å døy i heimen.

1.2 Problemstilling

«Korleis kan sjukepleiar i heimesjukepleia legge til rette for god palliativ omsorg til kreftpasientar som vel å døy i heimen?»

1.3 Avgrensing

Oppgåva er avgrensa til å handle om vaksne menneske over 18 år. Eg har valt å fokusere på kreft generelt og ikkje nokon bestemt kreftsjukdom. Eg vel å skrive oppgåva frå eit sjukepleieperspektiv. Eg har valt å ikkje fokusere på barn/ungdom med kreft eller barn/ungdom som pårørande.

1.4 Viktige omgrep

1.4.1 Sjukepleie

Ifølgje Virginia Henderson er «sykepleierens særegne funksjon å hjelpe individet, sykt eller friskt, i utførelsen av de gjøremål som bidrar til god helse, helbredelse eller til en fredfull død, noe han/hun ville ha gjort uten hjelp dersom han/hun hadde hatt tilstrekkelige krefter, vilje og kunnskaper» (Kristoffersen, 2015, s. 216).

1.4.2 Heimesjukepleie

Heimesjukepleie er eit tilbod om pleie og omsorg til heimebuande når sjukdom, svekka helse, alderdom eller livssituasjon gjer at dei treng hjelp i kortare eller lengre tid (Fjørtoft, 2012, s. 19)

1.4.3 Palliasjon

Palliasjon er aktiv behandling, pleie og omsorg for pasientar med inkurabel sjukdom og kort forventa levetid. Lindrande tiltak retta mot pasienten sine fysiske, psykiske, sosiale og andeleg problem (Fjørtoft, 2012, s. 86). Ifølgje Fjørtoft (2012, s. 86) seier ein at for ulækjeleg sjuke og døyande er det anslått ei forventa levetid på opptil 9-12 månader.

1.4.4 Kreft

Kreft er ei gruppe sjukdomar som kjenneteiknast ved ukontrollert celledeling, og at cellene ikkje utfører dei oppgåvene friske celler ville ha gjort. Dette fører til ei opphoping av kreftceller i organet der den ukontrollerte veksten starta, og det dannast ein kreftsvulst (Lorentsen og Grov, 2016, s. 399). Kreften kan også spreie seg til andre stadar i kroppen (Kreftregisteret, 2016).

1.5 Oppbygging av oppgåva

I teoribakgrunnen vil eg kort gjere greie for teori som vil belyse resultatet. I metodekapittelet vil eg beskrive metoden som er brukt i litteraturstudia og framgangsmåten eg har brukt for å finne aktuelle forskingsartiklar. I resultatdelen kjem det fram funn som er gjort for å svare på problemstillinga. I diskusjonsdelen vil eg fyrst drøfte metoden som er brukt, så knytte teorien opp mot funna i forskingsartiklane. Til slutt kjem ein konklusjon som vil svare på problemstillinga.

2.0 Teoribakgrunn

I dette kapittelet vil eg gi ei oversikt over problemområdet som er i fokus i oppgåva, seinare vil eg knytte opp denne teorien til drøftinga av resultatet.

2.1 *Palliativ kreftomsorg i heimen*

Ifølgje Fjørtoft (2012, s. 86) skal det leggest til rette for at alvorleg sjuke og døyande skal velje kvar ein vil vere den siste tida. Nokre ynskjer å vere heime saman med sine næraste, i kjente omgivnader. Alvorleg sjukdom og død angår ikkje berre pasienten, men involverer heile familien. Omsorg for alvorleg sjuke og døyande må difor også inkludere dei pårørande. Pårørande er ifølgje pasient- og brukarrettigheitslova (1999) den eller dei pasienten oppgjer som pårørande. Det kan vere næraste familie, men også naboar eller venar. Det å gi helsehjelp til pasientar i heimen som treng det er også lovpålagt, ifølgje helse- og omsorgstenestelova (2011) skal kommunen sørgje for at personar som oppheld seg der, tilbydast nødvendige helse- og omsorgstenester.

Kreftpasientar i palliativ fase har komplekse og til dels samansette behov og symptom, og dette er utfordrande ved iverksetting av tiltak. Dei kroppslege funksjonane reduserast i den palliative fasa og gjer at symptoma blir gjeldande i større grad. For å kartlegge symptom nyttar ein ofte skjema for å avklare funksjonstilstand og symptomintensitet, eit eksempel på dette er Edmonton Symptom Assessment System (ESAS), som ligg vedlagt (vedlegg 4) (Lorentsen og Grov, 2016, s. 426).

Kvalme er ei av dei vanlegaste plagene til kreftpasientar. Men obstipasjon og tungpust er også noko mange plagast med. I den palliative fasa slik ofte enkelte med angst og depresjonsliknande reaksjonar, som å vere nedtrykt, trist og prega av sorg over det føreståande tapet av livet, noko som er naturlege reaksjonar (Lorentsen og Grov, 2016, s. 427).

Smerter er ofte eit stort problem i palliativ fase, 70-80% av pasientane med middels til langt komen kreftsjukdom har smerter, og ofte har smerter ein sentral plass i bevisstheita til pasienten. Symptom og lindring av smerter opptek pasientane i stor grad (Lorentsen og Grov, 2016, s. 426). Smerter er ifølgje Berntzen mfl. (2015, s. 357) «alltid subjektiv». Det er ei ubehageleg sensorisk og emosjonell oppleving som fylgje av faktisk eller potensiell

vevsøydelegging. Både psykososial tilstand og kulturelle faktorar kan spele inn på smerte. For å lindre smerter finst det både medikamentelle og ikkje-medikamentelle tiltak. Dømer på ikkje-medikamentelle tiltak er massasje og musikk (Lorentsen og Grov, 2016, s. 415).

Når ein skal yte god sjukepleie er det viktig at ein har god kompetanse og fagleg kvalitet i det ein gjer. For å dekkje behovet for fagleg oppdatering er det viktig at arbeidsgivar set av tid til for eksempel kurs og hospitering (Kristoffersen, 2015, s. 200).

2.2 Kommunikasjon

Kommunikasjon inneber å utveksle meiningsfylte teikn og signal mellom to eller fleire partar. Omgrepet kjem frå det latinske *communicare*, som betyr å gjere noko felles.

Omgrepet relasjon betyr at ein gjenstand står i forbinding med ein annan (Eide og Eide, 2014, s. 17) Som hjelpar er den viktigaste relasjonen den ein har til pasientar og pårørande (Eide og Eide, 2014, s. 100).

Mot slutten av livet treng mange støtte for å omarbeide tapsopplevingar og hjelp til å finne nye positive haldepunkt i livet. Ein må tørre å snakke med pasienten om det han er oppteken av, også det smertefulle. Kanskje betyr det ikkje så mykje kva vi seier, men at vi lyttar og er til stades for pasientane (Fjørtoft, 2012, s. 87).

I arbeid med menneske må ein respektere, sjå og anerkjenne pasienten og det som betyr noko for han eller henne. Ein må forstå det sårbare ved å vere avhengig av pleie og omsorg i heimen. Respekt handlar om kunnskap og ferdigheiter, ikkje berre haldningar og fine ord (Fjørtoft, 2012, s. 35-37).

Ifølgje pasient- og brukarrettighetslova (1999) har pasienten rett til å medverke ved gjennomføring av helse- og omsorgstenester. Pasienten har rett på den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innhaldet i helsehjelpa. Og dersom pasienten samtykk eller forholda tilseier det skal pårørande ha informasjon om pasienten sin helsetilstand og den helsehjelpa som ytast.

2.3 Kari Martinsen sin omsorgsteori

Ifølge Martinsen (2003, s. 14) er omsorg forbunde med å hjelpe og ta hand om. Ein skal handle mot andre slik vi vil at andre skal handle mot oss. Omsorgsomgrepet er tre dimensjonar, eit relasjonelt, eit praktisk og eit moralsk omgrep. Det relasjonelle omgrepet tek utgangspunkt i eit kollektivt basert menneskesyn der det grunnleggande er at vi er avhengige av kvarandre. Det er eit praktisk omgrep, omsorg blir utført i daglegdagse situasjonar som både sjukepleiar og pasienten kjenner. Ein skal ikkje umyndiggjere pasienten, men leggje til rette omsorga og gjennomføre den slik at pasienten opplev anerkjenning. Handlinga skal vere betingelseslaus, ein skal ikkje forvente å få noko tilbake som omsorgsgivar (Martinsen, 2003, s. 15-16). Moral og omsorg er nært forbunde, og som sjukepleiar må ein lære seg å handle moralsk. Moralen har to sider, spontanitet og norm. Den spontane moralen er den ubegrunna som uttrykkast i kjærleiken, ei ueigennyttig handling til det beste for andre. Normmoralen viser til regler og prinsipp som er skapt av menneska og samfunnet, det uttrykkast gjennom den gylne regel, ein skal oppføre seg som om ein elsker sin neste sjølv om ein ikkje gjer det. Omsorgsmoralen må lærast gjennom praksis, det er å handle ut frå prinsippet om ansvaret for svake (Martinsen, 2003, s. 17-18).

3.0 Metodebeskrivelse

I dette kapitlet vil eg beskrive kva ei systematisk litteraturstudie er, datasamling og søkestrategi, inklusjons- og eksklusjonskriterier, etiske vurderingar, kvalitetssikring og analyse.

3.1 Systematisk litteraturstudie

Ei systematisk litteraturstudie definerast i Forsberg og Wengström (2016, s. 26-27) av Mulrow og Oxman som at den går ut frå eit tydeleg formulert spørsmål som svarast på systematisk gjennom å identifisere, velje, vurdere og analysere relevant forskning. Ei forutsetning for at ein skal kunne gjere ei systematisk litteraturstudie, er at det finst tilstrekkeleg med studiar som er av god kvalitet og som kan utgjere grunnlaget for vurderingar og konklusjonar.

3.2 Datasamling og søkestrategi

Arbeidet med bacheloroppgåva starta hausten 2017, eg utarbeida ein prosjektplan og framdriftsplan. Med utgangspunkt i problemstillinga utførte eg eit systematisk litteratursøk i relevante databasar. Søka tok til i oktober 2017, og heldt fram til februar 2018.

Ifølgje Forsberg og Wengström (2016, s. 68) handlar kunsten å søke fakta i databasar om å formulere ei god problemstilling, sette ei grense på kor gamle forskingsartiklane kan vere, og kva språk dei er skrivne på. Ein vanleg måte å velje søkeord på er å gå ut frå problemstillinga. Søkeorda kombinerast då i ei fritekstsøking med hjelp av såkalla «booleske operatører», «AND», «OR» eller «NOT». I mi litteraturstudie har eg berre brukt «AND». Operatøren «AND» finn artiklar som inneheld både A og B, denne kombinasjonen brukast for å avgrense eit søk og gi eit smalare resultat. Eg valte å ikkje bruke «OR», då det vil gi breiare søk, eg har heller ikkje valt å bruke «NOT», då det skal brukast for å utelukke noko, og det har ikkje vore nødvendig (Forsberg og Wengström, 2016, s.68-69).

Ut frå problemstillinga avgjer ein kriterier for søket. Deretter er neste steg val av database og søkeomgrep, det finst mange databasar ein kan søkje i (Forsberg og Wengström, 2016, s. 64). Databasane eg har funne forskingsartiklane i er CINAHL, Swemed+, British nursing index og sykepleien.no.

I oktober 2017 då søkeprosessen starta var problemstillinga mi om generell palliativ sjukepleie. Då brukte eg søkjeorda *end of life care, palliative care, home care, nursing og community health nursing*.

Eg søkte fyrst i databasen Cinahl. Der brukte eg søkeorda *community health nursing og palliative care* og kombinerte søkeorda. Eg huka av for fulltekst og publikasjonsår 2010-2017, og fekk 174 treff. Ein artikkel av relevans vart teke med vidare.

Vidare prøvde eg same søket i *british nursing index*, utan treff. Eg prøvde difor synonyma *end-of-life care, home care og nursing*, istadenfor *palliative care og community health nursing*. Eg kombinerte søkeorda og avgrensa søket til 2010-2017, og fekk 177 treff. Herifrå tok eg med ein artikkel av relevans.

Seinare endra eg problemstillinga, då eg opplevde at det var meir forskning om palliativ kreftsjukepleie. Dermed starta søkeprosessen på nytt. Eg prøvde meg fram med ulike kombinasjonar av søkeord før eg til slutt bestemte meg for: *cancer patients, palliative care, home care og home*. Sidan det er forskning om sjukepleiaren eg er interessert i brukte eg fyrst søkeordet *nursing*, men fekk ingen relevante treff. Artiklane eg fant då handla ofte om erfaringane pasient og pårørande hadde om sjukepleia som vart gitt. Difor ekskluderte eg søkeordet *nursing*.

Den 21.11.2017 gjorde eg søk i Swemed+ med søkeorda *cancer patients, palliative care, home care og nursing*, og kombinerte desse på ulike måtar. Best treff fekk eg ved å kombinere søkeorda *cancer patients og home care*. Eg avgrensa søket til artikkel, og fekk 52 treff. Tre artiklar av relevans vart inkludert.

Den 23.11.2017 gjorde eg søk i databasen Cinahl, med dei same søkeorda som vart brukt i Swemed+. Det som gav best treff i denne databasen var å kombinere søkeorda *cancer patients, palliative care og home*. Eg brukte avgrensingane full tekst, engelsk, publikasjonsår 2005-2017 og forskingsartiklar. Her vart publikasjonsåra utvida fordi eg ikkje fant nok nyare forskning som var relevant. På søket fekk eg 82 treff, og valte å inkludere to forskingsartiklar.

Den 23.02.2018 gjorde eg eit manuelt søk i sykepleien.no, der søkte eg med søkeordet god død og avgrensa det til publikasjonsåra 2007-2018. Eg fekk 48 treff og valde å inkludere ein forskingsartikkel.

For å velje ut forskingsartiklane starta eg med å lese overskrifter. Dersom overskriftene verka interessante vart samandraga lest, og dersom dei verka relevante vart forskingsartiklane lest i full tekst før dei eventuelt vart inkludert i studien.

Vedlagt ligg søkehistorikken (vedlegg 1)

3.3 Inklusjon- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Kreft	Sjukehus
Heimebasert omsorg	Pasientperspektiv
Sjukepleieperspektiv	Pårørande perspektiv
Palliativ omsorg	Studiar som gjekk på barn/ungdom som var kreftsjuke
IMRaD struktur	Studiar utanfor Europa
Fagfellevurdert	Kurativ behandling
Norsk eller engelsk tekst	

I denne systematiske litteraturstudia har det berre blitt brukt kvalitative forskingsartiklar. Ifølgje Forsberg og Wengström (2016, s. 43-44) fokuserer kvalitativ forskning på å tolke og forstå menneske sine subjektive opplevingar, medan kvantitativ fokuserer på målingar og ting som let seg talfeste.

3.4 Kvalitetssikring

Då analyseringa tok til vart alle forskingsartiklane grundig gjennomgått. Fleire falt bort anten grunna feil perspektiv, eller dei fylgde ikkje krava til Folkehelseinstituttet (2014) eller dei var ikkje like relevante som dei resterande forskingsartiklane.

Ifølgje Forsberg og Wengström (2016, s. 104) skal ein kvalitetsbedømme studiens formål, problemstilling, design, utval, måleinstrument, analyse og tolking. For å kvalitetssikre

forskningsartiklane eg har valt ut brukte eg FHI (2014) si sjekkliste for kvalitativ forskning. Ved å velje artiklar som fylgjer krava for kvalitativ forskning har eg sikra truverd og kvalitet i litteraturstudia. Vedlagt ligg eit eksempel på korleis eg har brukt denne sjekklista (vedlegg 3).

3.5 Etiske vurderingar

Eit krav for alle vitenskaplege studiar er at det vert gjort etiske omsyn (Forsberg og Wengström, 2016, s. 132). Fire av forskningsartiklane eg har valt å inkludere (Karlsson og Berggren 2011; Molnes 2015; Molnes 2014; Dunne mfl. 2005) er vurdert av etisk komité. Dei fire andre studiane (Anvik 1999; Griggs 2010; Griffiths mfl. 2007; Gjerberg og Bjørndal 2007) har ikkje nemnt noko om etisk vurdering. Sidan alle forskningsartiklane er anonymisert, svarar godt på problemstillinga, har IMRaD struktur, er fagfelleverderte og tidsskrifta forskningsartiklane er publiserte i er nivå 1 eller 2 (NSD, 2018a) har eg likevel vurdert dei til gode nok for å inkluderast. Ifølgje NSD (2018b) er nivå 1 ordinære vitenskaplege publiseringskanalar, medan nivå 2 er kanalar med høgast internasjonal prestisje.

Sitat frå forskinga har blitt attgjeve ordrett, og ingenting har blitt ekskludert frå forskinga til eigen fordel. I forskinga er noko skrive på engelsk med avanserte ord, og difor kan eg ikkje garantere at noko ikkje har blitt misforstått.

3.6 Analyse

Forsberg og Wengström (2016, s. 152) definerer analyse som å dele opp i mindre delar. Analysearbeidet inneber å dele opp det undersøkte fenomenet i mindre delar og undersøke dei åskilt, ut frå dette kan kategoriar oppdagast, og ein finn ut om fleire artiklar støttar desse kategoriane. Deretter tek syntesen i gang. Syntese inneber å sette i hop delane til ei ny heilheit. For å analysere forskinga har eg valt å bruke Evans (2002) si innhaldsanalyse, som tek utgangspunkt i 4 steg.

Det fyrste steget i Evans (2002, s. 25) er å samle inn data gjennom eit systematisk litteratursøk. Dette er forklart tidlegare i metodekapittelet.

Det andre steget (Evans, 2002, s. 25) er å identifisere nøkkelfunn i kvar studie. Dette blei gjort ved å lese artiklane fleire gongar for å få ei betre forståing av studiane. Dei fyrste gongane eg las gjennom artiklane laga eg stikkord over hovudfunna i kvar artikkel. Dette resulterte i veldig mange funn, og vart etter kvart uoversiktleg. Vidare laga eg samandrag frå kvar artikkel. Til slutt brukte eg fargekoder for å lage kategoriar som eg kunne bruke. Denne metoden fungerte best, og eg valde den for alle forskingsartiklane.

Det tredje steget (Evans, 2002, s. 25) er å vurdere studiane i forhold til kvarandre, ein skal samanlikne, finne fellestrekk og felles tema. Dette gjorde eg ved gjennomgå forskingsartiklane endå ein gong, med god hjelp av fargekodene eg laga i steg to. I det tredje steget gjorde eg mindre endringar på kategoriane for å koordinere funna i dei ulike kategoriane.

Det fjerde og siste steget (Evans, 2002, s. 25) er å beskrive fenomenet ein utforskar, i dette tilfellet mi problemstilling. Dette kjem fram i resultatdelen av oppgåva. Hovudtema eg kom fram til var:

- Sjukepleiar- og pasient relasjonen
- Symptomlindring
 - o Smertelindring
 - o Anna symptomlindring
- Tryggleik
- Pårørande
- Den utfordrande samtalen
- Fagleg kvalitet

4.0 Resultat

I dette kapittelet vert resultatet av forskingsartiklane presentert.

4.1 Sjukepleiar- pasientrelasjon

Forskning viser at ein god relasjon mellom sjukepleiar og pasient er nødvendig for god palliativ omsorg (Griffiths mfl. 2007; Gjerberg og Bjørndal 2007; Molnes 2015; Dunne mfl. 2005; Anvik 1999). Å møte pasienten i eit tidleg stadium av sjukdommen for å starte relasjonsbygging med både pasient og pårørende, kjem fram som viktig (Anvik 1999; Dunne mfl. 2005; Griffiths mfl. 2007, Molnes 2015). Ein sjukepleiar sa: «Dersom vi skal danne oss et godt bilde av pasientens og pårørendes situasjon, så må vi komme tidligere inn i bilde. Ikke komme inn i den siste tiden, ikke kjenner vi pasienten og ikke kjenner vi pårørende. Når vi kartlegger, klarer vi ikke å tyde signalene. Det må være ett godt samarbeid, bygge tillit, slik at de kan gi oss tilbakemeldinger om at pasienten har det vondt» (Molnes, 2015, s. 145).

Noko anna som kom fram som eit sentralt tema i det å byggje relasjonar var respekt. Sjukepleiar må møte pasient og pårørende med respekt for å skape tillit (Karlsson og Berggren 2011; Gjerberg og Bjørndal 2007). Det å lytte er eit sentralt tema for å opparbeide tillit. Ein sjukepleiar sa «Det mellommenneskelige er helt sentralt. Du må turde å bare være der, lytte» (Anvik, 1999, s. 33).

4.2 Symptomlindring

I fleire av studiane kom ein fram til at for at fleire kreftpasientar skal få ei god og verdig behandling i eigen heim, bør ein fokusere meir på symptomlindring og god kommunikasjon mellom pasientane, pårørende og helsepersonell (Molnes 2014; Gjerberg og Bjørndal 2007; Karlsson og Berggren 2011; Griggs 2010) Ein sjukepleiar sa: «A good death is where the symptoms are managed proactively and not reactively, we are looking at the whole person» (Griggs, 2010, s. 141).

4.2.1 Smertelindring

God nok smertelindring er særskilt viktig for at dødsfasa skal bli så god som mogleg (Gjerberg og Bjørndal 2007; Griggs 2010; Anvik 1999; Dunne mfl. 2005; Molnes 2014). Det blir også påpeikt viktigheita med å førebygge smerter (Griggs 2010; Anvik 1999). Ein sjukepleiar sa: «det de fleste er opptatt av, de fleste er ikke redd for å dø, men hvordan de dør. Og det går mye på; hva skjer da? Dør jeg med smerter, blir det forferdelig?» (Gjerberg og Bjørndal, 2007, s. 177). Sjukepleiarane opplevde det vanskeleg å takle pasienten sine symptom i den palliative fasa, og smerte var det mest komplekse symptomet å stri med (Dunne mfl. 2005; Anvik 1999).

Det vart nytta svært lite kartleggingsverktøy for å vurdere pasienten si oppleving av smerte. I Molnes (2014, s. 139) sin studie kom det fram at berre tre av ti sjukepleiarar hadde brukt ESAS. Medan i Anvik (1999, s. 34) sin studie kom det fram at ingen av sjukepleiarane brukte kroppskart til avmerking av smerteområde, og det verka som at smertetype og differensiering av smerter blir lite vektlagt. Ein sjukepleiar i studien sa det slik «Jeg ser på pasienten, f.eks når jeg snur ham, om han er smertepåvirket». Smerter vart vurdert gjennom observasjon av pasienten, pasienten sine uttrykk av smerter samt pårørende sine opplevingar av pasienten sine smerter (Anvik,1999, s.34). Årsaka til at det ikkje vart brukt kartleggingsverktøy var at sjukepleiarane ikkje hadde fått opplæring og opplevde at pasientane vegra seg mot å bruke det (Molnes, 2014, s. 139).

Når det gjaldt val av smertebehandling var det stort sett tradisjonell smertebehandling med opiat som vart brukt, eller som ein sjukepleiar sa «Vi prøver oss frem med ulike medikamenter» (Anvik, 1999, s. 34). I Molnes (2014, s. 149) kom det fram at dersom pasienten vart sløv og pårørende kanskje mistar kontakt som følgje av optimal smertelindring, er det viktigaste at pasienten har det godt og at pårørende er informerte om situasjonen.

Sjukepleiarane opplevde å stå åleine når det gjaldt å kartlegge og tolke pasienten sine smerter, samt vurdere medikamenttype og dosering, og når ein skal gi eller ikkje gi smertelindring. I nokre tilfelle var det alt etter kven som var på arbeid som avgjorde smertelindringa, og det var også ueinigheiter om administrasjonsform (Molnes 2014; Anvik 1999).

Pasienten sine psykiske og åndelege smerter må også kartleggast (Anvik 1999; Molnes 2015). Respondentane i Molnes (2015, s. 146) meinte at mange forbind det åndelege med det religiøse, og difor opplevast det som vanskeleg å nærme seg pasienten sine åndelege behov.

4.2.2 Anna symptomlindring

I tre av studiane kjem det fram at det ikkje berre er smertelindring som er viktig, men å lindre symptom i heile si breidd (Anvik 1999; Dunne mfl. 2005; Gjerberg og Bjørndal 2007).

I studiane kjem det fram fleire trasige symptom. Pustebesvær er eitt av dei, som er viktig å lindre (Dunne mfl. 2005; Gjerberg og Bjørndal 2007). Ein sjukepleiar sa: «other symptoms, for example, fatigue and breathlessness, are difficult to control at home. I think we need more knowledge. Anyway, I don't really know much about fatigue or dyspnoea, as I havent attended any study days on those symptoms specifically» (Dunne mfl., 2005, s. 375). Andre symptom er til dømes obstipasjon, kvalme, trøttleik, avkrefing og avmagring . Ein sa «det syndest fortsatt når det gjelder å forebygge obstipasjon» (Anvik, 1999, s. 34). Kvalme vart behandla med afipran, og det vart brukt lite kombinasjonspreparat eller utprøving av andre tiltak. Ingen opplevde at ernæring og vesketilførsel var eit problem. Ein sjukepleiar i studien sa «vi vet at pasienten har kort tid å leve og at sykdommen i seg selv gir avmagring som er vanskelig å korrigere for» (Anvik, 1999, s. 34). Medan i studien til Gjerberg og Bjørndal (2007, s. 177) seier sjukepleiarane at det er viktig med god væskebehandling.

For å lukkast med god symptombehandling må fleire føresetnadar ligge til grunn. Systematisk observasjon må registrerast og dokumenterast, ein må ha kompetanse både på sjukepleie og systemnivå, og gode rutinar for opptrapping av smerte- og anna symptomlindring (Gjerberg og Bjørndal, 2007, s. 177).

4.3 Tryggleik

Det å føle seg trygg framhevast som ein føresetnad for ein god død (Dunne mfl. 2005; Anvik 1999; Gjerberg og Bjørndal 2007; Karlsson og Berggren 2011; Griggs 2010).

Forutsigbarheit i pleia, at pasientane har få tilsette å forhalde seg til, at ein har helsepersonell ein kan kontakte ved behov og vite at ein slepp å døye aleine kjem fram som viktig for opplevinga av tryggleik (Anvik 1999; Gjerberg og Bjørndal 2007; Dunne mfl. 2005; Karlsson og Berggren 2011). Eit utsagn frå ein sjukepleiar var «Jeg tror trygghet for pasientene er det viktigste, et nøkkelord, at de har en visshet for at det er noen her for meg, noen som kjenner meg, vet hvilke behov jeg har» (Gjerberg og Bjørndal, 2007, s. 177).

Det å skape visshet for at smerter og andre symptom skal lindrast så godt som mogleg er også viktig for å oppleve tryggleik (Gjerberg og Bjørndal 2007; Karlsson og Berggren 2011). I ein av studiane sa sjukepleiarane at ibuande omgrepet tryggleik var det viktig at pasienten og familien vart møtt med respekt, i form av regelmessig informasjon, kontinuitet og tilgjengelegheita av hjelp og støtte, og å vere tillate å ta del i omsorga til den sjuke (Karlsson og Berggren, 2011, s. 378).

4.4 Pårørande

Å støtte pårørande er av dei viktigaste oppgåvene til helsepersonell. For å støtte pårørande må ein vise omsorg og skape ein god relasjon (Griggs 2010; Molnes 2015; Dunne mfl 2005; Gjerberg og Bjørndal 2007; Anvik 1999). Det er ei stor påkjenning å vere pårørande til ein døyande person, det er difor viktig å leggje til rette forholda for å unngå at dei blir utslitne (Anvik 1999; Dunne mfl. 2005). Ein sjukepleiar sa det slik: «I think the carers have a difficult time too. They can give the impression they are coping but you can see the anxiety and tiredness in their face and you know it's a strain for them. They need support» (Dunne mfl., 2005, s. 377).

Ivaretaking av pårørande omfattar god informasjon. Dei må bli oppdaterte jamleg, der ein informera om pasienten si utvikling og hensikta med det ein gjer eller ikkje gjer av tiltak. Pårørande må ikkje få følelsen av å vere overlatne til seg sjølv, at dei overtek ansvaret. For å oppnå dette på best mogleg måte, er det viktig at pårørande og personalet har eit tillitsfullt forhold (Gjerberg og Bjørndal, 2007, s. 179).

I den eine studia kjem det fram at nokre av sjukepleiarane opplev at forholdet til pårørande kan opplevast som ei utfordring. Dette var blant anna knytt til angst for kritikk og bebreidingar (Gjerberg og Bjørndal, 2007, s. 179).

4.5 Den utfordrande samtalen

Å våge å gå inn i utfordrande samtalar opplevast som vanskeleg, sjukepleiarane veit ikkje kva dei skal seie og korleis dei skal respondere på dei vanskelege tinga som blir tekne opp (Gjerberg og Bjørndal 2007; Griffiths mfl. 2007; Dunne mfl; 2005; Griggs 2010; Molnes 2015; Anvik 1999). Nokre beskriv eit dilemma, der ein på den eine sida skal følgje opp pasienten sine tankar knytt til døden, medan på den andre sida skal ein vere bevisst på pasienten sine grenser med omsyn til kva pasienten ynskjer å snakke om. Ofte kjem ikkje det klar fram om pasienten ynskjer å prate om sine problem (Gjerberg og Bjørndal 2007; Griffiths mfl. 2007). Ein sjukepleiar sa «...Det blir til at en prøver å lytte etter noen signaler. De fleste kommer med noen stikkord, eller hva jeg skal kalle det. Sånn litt vage ting som er viktige å fange opp. Det er veldig lett å overhøre det, ikke gripe fatt i det. De fleste har noen indirekte spørsmål, mens andre spør direkte: skal jeg dø nå?» (Gjerberg og Bjørndal, 2007, s. 177).

I to av studiane lurar sjukepleiarane på vitsen med å gå inn i slike typar samtalar dersom ein ikkje veit kva ein skal svare eller seie, og ein føler ein ikkje kan gjere noko (Griffiths mfl. 2007; Dunne mfl 2005). Ein sjukepleiar sa: «If sometimes people have got deep psychological problem, you know, unless you can actually do something constructive to help that, is there any point in exposing it? You know, people are better with it kept bottled up and just, you know, at later date. You know, maybe that's better» (Griffitsh mfl., 2007, s. 160).

Fleire sjukepleiarar i studien til Molnes (2015, s. 146) sa at sjølv om ein opplev det vanskeleg å gå inn i denne typen samtalar, er det viktig at pasienten får snakke om sine følelsar og tankar. Ein må vere til stades og lytte til pasienten, og ta reaksjonane på alvor. Dess eldre og meir erfaringar ein har, dess tryggare du er jo enklare blir det å gå inn i denne typen samtalar (Anvik 1999; Gjerberg og Bjørndal 2007).

4.6 Fagleg kvalitet

For å yte god sjukepleie til heimebuande kreftpasientar må ein ha god fagleg kompetanse. Det er utfordrande å leggje til rette for at pasienten skal få den hjelpa han har behov for til ei kvar tid. Sjukepleiarane føler dei ofte kjem i dilemmaet mellom kvalitet på pleie og omsorg og talet tilsyn ein har på ein dag. Dei meiner at dersom dei hadde hatt betre tid kunne dei utført arbeidet på ein betre måte (Molnes 2015; Molnes 2014).

Ressursmangel fører blant anna til dårleg smertelindring for kreftpasientar, ein får ikkje observert pasienten over tid og dermed ikkje kartlagt smertene. For å betre dette må ein auke bemanninga. Administreringa av medikament vart også gjort enklast mogeleg. Når ein skal administrere tablettar må ein berre vere ein, medan til dømes ved smertepumpe må ein vere to (Molnes, 2014, s. 148).

Sjukepleiarane har eit sterkt ynskje om fagleg oppdatering, men dei har dårleg tilgang på dette. Dei meiner ein treng kreftsjukepleiarar i heimesjukepleia, for å kunne gi råd og rettleiing til personalet og for å heve kompetansen. Sjukepleiarane meiner det er viktig å dele erfaringane ein får med resten av personalet for å heve kompetansen og for å bli betre (Anvik 1999; Molnes 2014). Ein sjukepleiar sa «vi er stort sett selvlært, og jeg føler meg mange ganger på tynn is» (Anvik, 1999, s. 34). I studien til Anvik (1999) kom det fram at sjukepleiarane kunne tenkje seg å hospitere, då dei treng oppdatering særleg innan palliativ medisin, dette hadde fem av sjukepleiarane fått gjort i Molnes (2014) sin studie, og opplevd dette som veldig positivt og lærerikt.

5.0 Diskusjon

I dette kapittelet vil eg fyrst diskutere metoden eg har brukt, her vil studien sine eventuelle svakheiter, avgrensingar og styrkar bli diskutert. I resultatdiskusjonen vil eg diskutere funna i forskingsartiklane opp mot teorien, og konsekvens av sjukepleie vert klargjort. Underkapitla i resultatdiskusjonen må sjåast i samanheng med kvarandre. Avslutningsvis vil eg kome med ein konklusjon.

5.1 Metodediskusjon

I metodedelen av oppgåva vart Forsberg og Wengström (2016) brukt som hovudlitteratur. Denne boka har eg hatt stor nytte av å bruke, då eg ikkje har tidlegare erfaring med litteraturstudiar. I analysedelen vart Evans (2002) brukt, dette er ein artikkel som beskriv korleis ein skal analysere forskning. Av forelesar vart det anbefalt å bruke fargekodesystem, dette var nyttig og gjorde det enklare å samanlikne og analysere funna frå forskingsartiklane.

I oppgåva har eg haldt meg til sjukepleieperspektivet og det er sjukepleieerfaringar eg har hatt fokus på. Eg har valt å berre bruke kvalitativ forskning, då kvalitativ forskning fokuserer på å tolke og forstå menneske sine subjektive opplevingar, og det var det eg ville finne ut av i oppgåva. Dermed vart kvalitativ forskning føretrekt framfor kvantitativ, då kvantitativ forskning fokuserer på målingar og ting som let seg talfeste (Forsberg og Wengström, 2016, s. 43-44).

I litteraturstudia har eg valt å ikkje bruke PICO-skjema, konsekvensen av dette kan vere at søkeprosessen kunne vore meir strukturert dersom skjemaet hadde blitt brukt.

Moglege svakheiter ved oppgåva er at eg har teke med forskingsartiklar som vart funne før endringa av problemstillinga, og dermed handlar dei om generell palliativ sjukepleie. Grunna godt innhald og at generell palliativ sjukepleie også gjeld for kreftpasientar, har eg likevel valt å inkludere dei. Det andre er at eg har valt å inkludere ein forskingsartikkel frå sjukeheim. Men sidan også denne har eit godt innhald og er norsk, har eg valt å inkludere den.

I litteraturstudia hadde eg tenkt å bruke nyare forskning. Eg starta dermed søka med å avgrense publikasjonsåra frå 2010-2017. Då eg fann lite forskning som var relevant for oppgåva, valte eg å ikkje bruke årstalsbegrensing. Difor har eg forskning som går tilbake til 1999. Sidan omsorg er grunnleggande og kjenneteikna for god palliativ sjukepleie er det same i dag, meiner eg at forskinga er like aktuell no.

Ei styrke med oppgåva er at alle forskingsartiklane seier noko om dei sentrale tema i den palliative pleia. Dette har gjort at det har gått ann å samanlikna dei og funne likskapar og ulikskapar. Dette til tross for at tre av artiklane handlar om generell palliativ sjukepleie, og dei fem andre om palliativ kreftsjukepleie. Ei anna styrke er at eg berre har forskning frå Noreg og Storbritannia. Dette har styrkja mi oppgåve, då Storbritannia sitt helsevesen kan samanliknast med det norske, og funna er difor meir truverdige.

Dersom eg skulla skrive oppgåva på nytt ville eg nok heller skrive den i eit pasientperspektiv. Det verkar som det er dette perspektivet det finst mest forskning på innan dette fagområdet. Det har dermed vore vanskeleg å finne nok og god nok forskning i sjukepleieperspektivet.

5.2 Resultatdiskusjon

5.2.1 Pasient- og sjukepleiar relasjon

Basert på litteraturstudia eg har gjort ser eg at relasjonen mellom sjukepleiar og pasient må fokuserast meir på for å kunne yte god palliativ omsorg. For å oppnå dette er det nyttig å møte pasienten i eit tidleg stadium av sjukdommen (Griffith mfl. 2007; Gjerberg og Bjørndal 2007; Molnes 2015; Dunne mfl. 2005; Anvik 1999). Dette bekreftast av Lorentsen og Grov (2016, s. 429), som beskriv att det å møte pasientane tidleg i den palliative fasa, gjerne før behovet for hjelpetiltak oppstår, vil kunne lette arbeidet dersom det oppstår problem seinare i den palliative fasa. Dette kjenner eg att frå eiga erfaring med palliative pasientar. Det er vanskeleg å kome inn den siste tida når ein verken kjenner pasient, pårørende eller deira ynskjer. Manglande kjennskap og relasjon til pasient og pårørende kan resultere i at den palliative omsorga ikkje blir god. Omsorg er ein sosial relasjon, og vil ifølgje Martinsen (2003, s. 69) alltid forutsette to partar, der den eine lid og den andre er omsorgsfull og bekymra for den andre, og vil sørgje, altså lide saman med og sørgje for å lindre smerta til den andre.

Av forskinga kjem det fram at respekt er eit sentralt tema for å byggje relasjonar. Pasient og pårørende må bli møtt med respekt for å oppnå tillit (Karlsson og Berggren 2011; Gjerberg og Bjørndal 2007). Pasientane er i ei sårbar fase når dei er i slutten av livet, det er difor viktig å byggje tillit. Ifølgje Fjørtoft (2012, s. 35-37) må ein sjå og anerkjenne det enkelte menneske og det som betyr noko for han eller henne, dette inneber at vi har forståing for det sårbare ved å vere avhengig av pleie og omsorg i eigen heim. Ein må hugse på at ein ikkje er ein invitert gjest i pasienten sin heim, men kjem fordi det er behov for hjelp. Vi må ta omsyn til det å komme trampande inn i heimen til pasienten og så fare igjen. Vi må nærme oss pasienten på deira premiss, ha forståing for den vanskelege situasjonen dei er i, og lytte til kva både pasient og pårørende har å seie. Respekt er ikkje berre haldningar og fine ord, det er også kunnskap og ferdigheiter. Både etiske retningslinjer og lovverket seier noko om korleis vi skal oppføre oss. Normmoralen viser til desse reglane og prinsippa som er skapt av menneska og samfunnet, ein skal oppføre seg som om ein elskar sin neste sjølv om ein ikkje gjer det (Martinsen, 2003, s. 17-18). Ein må vise respekt og omsorg uansett kven ein står ovanfor.

5.2.2 Symptomlindring

Basert på litteraturstudia eg har gjort ser eg at symptomlindring og god kommunikasjon mellom pasient, pårørende og helsepersonell treng meir fokus (Molnes 2014; Gjerberg og Bjørndal 2007; Karlsson og Berggren 2011; Griggs 2010).

5.2.3 Smertelindring

Det kjem fram i fleire av studiane at smertelindring er særskilt viktig for at dødsfasa skal bli så god som mogleg (Gjerberg og Bjørndal 2007; Griggs 2010; Anvik 1999; Dunne mfl. 2005; Molnes 2014). Smerter er ifølgje Lorentsen og Grov (2016, s. 426) eit av dei hyppigaste problema til pasientar i palliativ fase. Smerter må difor også førebyggast. Basert på litteraturstudia kan eg sjå at pasientane ikkje nødvendigvis er redde for døden, men i større grad den prosessen som fører fram til døden, og smertene dette kan innebære. Dette bekreftast av fleire uavhengige studiar, blant anna Gjerberg og Bjørndal (2007, s. 177). Ifølgje Lorentsen og Grov (2016, s. 426) er det ofte slik at nokre pasientar er meir opptekne av symptom, og spesielt smerter enn for sjølve døden. Fysiske smerter overskygg alt, og hindrar andre behov i å kome til kjenne. Slik sett kan god smertelindring vere med på å bidra til det både pasientar og pårørende beskriv som ein «god død». Ved å identifisere seg med den andre, tenkje seg at rollene kunna vore bytta om, kan ein forsøke å forstå situasjonen frå den andre sin ståstad (Martinsen, 2003, s. 55). Ein kan sjølvsgatt ikkje oppleve smerta pasienten kjenner, men ein kan kjenne att situasjonen og forstå pasienten ut frå eiga erfaring frå liknande situasjonar og lindre smertene (Martinsen, 2003, s. 76).

Kartleggingsverktøy vart lite nytta for å vurdere pasienten si oppleving av smerter. Vurderingane blei gjort gjennom observasjon, pasienten sine egne uttrykk og pårørende sine opplevingar av pasienten sine smerter (Anvik 1999; Molnes 2014). Ifølgje Lorentsen og Grov (2016, s. 426) finst det fleire nyttige kartleggingsmetodar og skjema for å avklare pasienten sin funksjonstilstand og symptomintensitet, som til dømes ESAS. Å unnlate å ta i bruk kartleggingsverktøy kan føre til dårlegare smertelindring. Forskjellar i den enkelte sine smerteuttrykk kan gjere det vanskeleg å forstå graden av smerter pasienten føler. Både psykososial tilstand og kulturelle faktorar kan spele inn på smerte (Berntzen mfl., 2015, s. 457). Den psykiske og åndelege smerta må også kartleggast (Anvik 1999; Molnes 2015).

Når ein står ovanfor ein pasient med smerter, må ein forhalde seg til pasienten si subjektive oppleving av smerte, og ikkje mistru pasienten (Kvåle 2002, s. 35-39).

Det kjem fram av ein av studiane at dei prøvar seg fram med ulike medikament for å smertelindre pasientane (Anvik, 1999, s. 34). WHO har utarbeida ei systematisk metode for bruk av legemiddel i smertelindring, definert som ei smertetrapp. Dette er eit nyttig verktøy som bør brukast i smertebehandlninga (Bertelsen mfl., 2014, s. 141-142).

Det kjem fram av litteraturstudia at ressursmangel fører til dårlegare smertelindring. Ein får ikkje observert pasienten over tid og dermed ikkje kartlagt smertene. Administreringa av medikament vart også gjort på enklast mogleg måte. I nokre tilfelle var det alt etter kven som var på jobb som avgjorde smertelindringa og det var ueinigheiter om administrasjonsform, og sjukepleiarar opplev at dei står åleine i smertelindringa (Anvik 1999 ; Molnes 2014). Ifølgje Fjørtoft (2012, s. 90) skal pasientane vere trygge på at tilbodet dei får heime, er like fagleg godt som ein institusjon kan tilby. Ressursmangel skal ikkje føre til at pasientane ikkje får god nok omsorg og behandling mot livets slutt, dermed må ein inn med meir ressursar, vertfall i periodar når ein sørgjer for døyande pasientar.

Ikkje-medikamentelle tiltak som til dømes musikk og massasje kan bidra til å redusere pasienten si smerteoppleving. Metodane kan vere angstdempande og redusere stress og kan vere eit supplement til legemiddel. Smerteopplevinga kan påverkast av følelsen av fysisk velvære, å ha eit behageleg sengeleie og føle seg velstelt kan også hjelpe på smertene (Lorentsen og Grov, 2016, s. 415).

5.2.4 Anna symptomlindring

I studiane kjem det fram at det ikkje berre er smertelindring som er viktig i den palliative fasa, men lindring av symptom i heile si breidd. Det vart nemnt symptom som fatigue, dyspne, obstipasjon, kvalme, trøytteik, avkrefting og avmagring (Anvik 1999; Dunne mfl. 2005; Gjerberg og Bjørndal 2007). Kvalme er ifølgje Bertelsen mfl. (2014, s. 141) av dei vanlegaste plagene kreftpasientar har, det er difor viktig å forsøke å lindre den. Kvalme kan skuldast sjukdommen eller behandlinga pasienten har fått. For å lindre kvalmen kan ein prøve mat i små porsjonar og kvalmestillande legemiddel. Fatigue, trøytteik og avkrefting er ifølgje Lorentsen og Grov (2016, s. 429) vanlege symptom. Lett fysisk

aktivitet kan betre fatigue i palliativ fase. Dyspne er ifølgje Lorentsen og Grov (2016, s. 427) eit av dei mest ubehagelege symptoma for pasientar med kreft. Pasientane blir ofte redde over å ikkje få puste, det er difor viktig å finne årsaka til problemet. Behandlinga for dyspne er tverrfagleg kombinasjonsbehandling med legemiddel, oksygentilførsel, avslappingsteknikkar, psykososial støtte og opplæring i bruk av meistringstrategiar.

I følgje Anvik (1999, s. 34). syndast det når det gjeldt førebygging av obstipasjon. Bertelsen mfl. (2014, s. 141) påpeiker viktigheita av å førebygge obstipasjon med avføringslegemiddel, det er difor dumt og unødvendig at dette syndast med, når ein har metodar for å førebygge det. For å møte den sjuke med omsorg gjennom omsorgsarbeidet må ein ha ei rekke føresetnadar som kunnskap og ferdigheiter. Desse fagkunnskapane gjer at ein blir betre i stand til å sørgje for den sjuke (Martinsen, 2003, s. 76).

Ein studie meinte at ernæring og væsketilførsel ikkje var noko stort problem, då pasienten har kort tid å leve og sjukdommen gir avmagring som er vanskeleg å korrigere for. Ein annan studie fortel viktigheita av god væskebehandling (Anvik 1999; Gjerberg og Bjørndal 2007). Dette viser forskjellar innan helsefaglege miljø, og ulike oppfatningar av kva som er god sjukepleie. Det er ikkje slik at eit svar nødvendigvis er rett eller gale. Lorentsen og Grov (2016, s. 428) kjem med fleire sjukepleietiltak for å betre pasienten si ernæring, som til dømes triveleg måltidssituasjon og ynskjekost. Væskebehandling skal vurderast i samarbeid med behandlande lege. For å lukkast med symptomlindring må ein systematisk observere, dokumentere og ha gode rutinar for opptrapping av smerte- og anna symptomlindring (Gjerberg og Bjørndal, 2007, s. 177).

5.2.5 Tryggleik

Følelse av tryggleik i den palliative fasa er viktig, samt føreseielegheit i pleia. Pasientane må ha nokon dei kan kontakte ved behov, og vite at dei ikkje er åleine (Dunne mfl. 2005; Anvik 1999; Gjerberg og Bjørndal 2007; Karlsson og Berggren 2011; Griggs 2010). Ifølgje Fjørtoft (2012, s. 89-90) er det viktig at ein som sjukepleiar tryggjar pasienten og dei pårørande på at tilbodet ein får i heimen er like godt som på ein institusjon. Då må sjukepleiarane i heimesjukepleia vere tilgjengelege, kompetente og følgje opp pasienten sine samansette behov. Respekt, regelmessig informasjon, kontinuitet og tilgjengeleg

hjelp og støtte er også viktig for tryggleiken (Karlsson og Berggren, 2011, s. 378). Lorentsen og Grov (2016, s. 427) seier det er viktig pasientane veit at det er mogleg å få kontakt og hjelp til alle døgnets tider. Sjukepleiaren må gi god informasjon, og fremme verdigheita til pasienten ved å bruke ei god framferd og tilnærming. Pasienten har rett til å medverke i gjennomføringa av helse- og omsorgstenester, og rett på den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innhaldet i helsehjelpa. Dersom pasienten samtykk til det skal også pårørande ha informasjon om pasienten sin helsetilstand og helsehjelpa som ytast (Pasient- og brukarrettigheitslova, 1999). Når ein skal informere pasient og pårørande er det viktig å formidle det i daglegspråket, og ikkje i fagspråk (Martinsen, 2003, s. 76).

5.2.6 Pårørande

Å støtte pårørande er ei av dei viktigaste oppgåvene til helsepersonell (Griggs 2010; Molnes 2015; Dunne mfl. 2005; Gjerberg og Bjørndal 2007; Anvik 1999). Ein må også leggje til rette forholda for å unngå at pårørande vert utslitne (Anvik 1999; Dunne mfl. 2005). Som helsepersonell må ein sjå pårørande og vise i handling at vi tek på oss det faglege ansvaret og oppfølginga av den sjuke. Sjukdommen påverkar også dei pårørande. Dei må møtast med omsorg og forståing, og vi må sjå innsatsen deira. Omsorg for andre er sentralt i omsorgarbeidet (Martinsen, 2003, s. 73). Pårørande har behov for kunnskap, informasjon og samtale, og har også rett på det ifølgje pasient- og brukarrettigheitslova (1999). Ein må ha ein god dialog og samarbeid med pårørande, avklare korleis dei har det og kva behov dei har og kartleggje kva dei ynskjer helsepersonell kan bidra med for å lette pleie- og omsorgssituasjonen (Fjørtoft, 2012, s. 122-125; Lorentsen og Grov, 2016, s. 428).

Nokre opplev også relasjonen til pårørande kan opplevast som ei utfordring, då knytt til angst for kritikk og bebreidingar (Gjerberg og Bjørndal, 2007, s. 179). Det er viktig at ein som sjukepleiar vågar å stå i dei tøffe tidene saman med pårørande. Dei betyr mykje for pasienten, og er som regel ein føresetnad for at dei skal kunne velje å vere heime den siste tida (Fjørtoft, 2012, s. 122).

5.2.7 Den utfordrande samtalen

Det går igjen at sjukepleiarane opplev det vanskeleg å gå inn i utfordrande samtalar, og dei opplev det vanskeleg å vite om pasienten vil snakke om døden (Gjerberg og Bjørndal 2007; Griffiths mfl. 2007; Dunne mfl. 2005; Griggs 2010; Molnes 2015; Anvik 1999).

Enkelte sjukepleiarar lurar på vitsen med å gå inn i denne typen samtalar dersom ein ikkje veit kva ein skal seie, og ein føler ein ikkje kan gjere noko med problema pasienten har (Griffiths mfl. 2007; Dunne mfl. 2005). Medan andre seier det er viktig at pasienten får snakke om sine følelsar og tankar, at sjukepleiaren er til stades, lyttar og tek reaksjonane på alvor, trass det er vanskeleg (Molnes, 2015, s. 146). For å invitere pasienten til dialog kan ein bruke opne spørsmål som «korleis har du det?». Ved å stille slike opne spørsmål kan ein få informasjon om kva pasienten tenkjer på, og dersom pasienten ynskjer å prate om korleis ein har det vil det falle naturleg å fortelje om det. Ein må ikkje tvinge pasientane til å snakke om sin situasjon. Ein må hugse på at det ofte er mange innoom pasienten på ein dag, og det er ikkje sikkert pasienten vil opne seg til alle. Ifølgje Fjørtoft (2012, s. 87) betyr det kanskje ikkje så mykje akkurat kva vi seier, men at vi lyttar og er til stades for pasientane. Å vere i sluttfasa av livet kan medføre ei rekkje psykososiale og eksistensielle problemstillingar. Mange treng støtte for å bearbeide tapsopplevingar og hjelp til å finne nye positive haldepunkt i livet. Det er difor ein som sjukepleiar må tørre å snakke med pasientane om kva dei er opptekne av, også det smertefulle. Det lettaste hadde nok vore å gå inn, stille pasienten og gå rett ut att. Utan å stille spørsmål og lytte til pasienten, men det er ikkje god palliativ omsorg.

Denne typen samtalar opplevast enklare dess eldre og meir erfaring ein har (Anvik 1999; Gjerberg og Bjørndal 2007). Dette har eg sjølv erfart som sjukepleiarstudent. For kvar gong ein står i slike samtalar, blir ein stadig tryggare og tør å stå i samtale. Denne typen samtalar vil nok alltid vere tøft og vanskeleg, men ein blir tryggare i si rolle.

5.2.8 Fagleg kvalitet

Sjukepleiarane møter ofte dilemmaet mellom kvalitet på pleie og omsorg, og talet tilsyn ein har på ein dag (Molnes 2015; Molnes 2014). Ifølgje Fjørtoft (2012, s. 180) er kvardagen i heimesjukepleia ofte hektisk, det er mykje å gjere og krava er mange. Den gode samtala og omsorga tek tid. I heimesjukepleia blir tidspresset ekstra tydeleg ved at ein har fleire å besøke og dermed på prioritere tida hjå den enkelte. Som nemnt i kapitlet

om smertelindring vil ressursmangel føre til dårlegare smertelindring. Fagleg kvalitet inneber også at sjukepleiaren er trygg i si rolle. Ein må vite kva ein gjer ved forverring av symptom, og når ein skal kontakte lege. Dersom sjukepleiaren ikkje er trygg vil det gå ut over pasienten sin tryggleik og skape usikkerheit. I følgje Martinsen (2003, s. 75) må sjukepleiarane ha kunnskapar og ferdigheiter for å kunne møte den sjuke med omsorg gjennom omsorgsarbeidet. Ein er også avhengig av organisasjonen. Fagleg dyktigheit forutset at ein har både fagkunnskapar og praktiske ferdigheiter.

Sjukepleiarane har eit sterkt ynskje om fagleg oppdatering. Dei vil også ha fleire kreftsjukepleiarar i heimesjukepleia (Anvik 1999; Molnes 2014). Sjukepleiarane i Molnes (2014, s. 147) sin studie opplevde stor nytte av å hospitere på avdeling for palliativ medisin. For å dekkje behovet for fagleg oppdatering må arbeidsgivar sette av tid til hospitering, kurs, litteraturstudie og litteratursøk i databasar innanfor sjukepleiaren sin ordinære turnus (Kristoffersen, 2015, s. 200). Ifølgje yrkesetiske retningslinjer for sjukepleiarar (2011, s. 7) skal sjukepleiaren halde seg oppdatert om forskning, utvikling og dokumentert praksis innan eige fagområde, og bidra til at ny kunnskap anvendast i praksis. Konsekvensen av å ikkje halde seg fagleg oppdatert kan vere at pasientane får dårlegare og mindre heilskapleg sjukepleie i den palliative fasa.

5.3 Konklusjon

I denne litteraturstudia har eg kome fram til fleire viktige faktorar som må vere til stades for å leggje til rette for god palliativ omsorg til kreftpasientar som vel å døy i heimen. Ein god relasjon mellom pasient og sjukepleiar er ein av dei. Ein god relasjon er med på å skape tryggleik og betre kommunikasjon med pasienten. Lindring av symptom i heile si breidd er også ein viktig faktor som må vere til stades. Ein må også ha eit godt samarbeid med pårørande, og leggje til rette forholda for at dei ikkje skal bli utslitne. Ein må også ha god fagleg kompetanse.

Det er fleire av desse faktorane som må betrast for å heve den palliative pleia. I fleire av studiane kjem det tydeleg fram at sjukepleiarane ynskjer meir kompetanse på fagfeltet. For å kunne oppnå dette må ein betre bemanninga og betre den faglege kompetansen. Betre bemanning er også nødvendig for å auke kvaliteten på pleie og omsorga. Tid, og mangelen på tid, er eit viktig element. Eit dilemma som kjem fram i studien er kvalitet på pleie og omsorg og talet tilsyn ein har på ein dag. Mangelen på tid kan føre til blant anna dårlegare smertelindring og dårlegare heilskapleg sjukepleie. For å betre den faglege kompetansen vil sjukepleiarane hospitere eller få kreftsjukepleiarar saman med dei i heimesjukepleia. For å heve kompetansen må ein også bli betre på bruken av kartleggingsverktøy, som er nyttige verktøy i den palliative fasa.

Det kjem fram i studien at sjukepleiarar opplev manglande støtte i avgjerdsprosessar. Dette gjer at sjukepleiarane opplev å stå åleine og manglar nokon å støtte seg på. For å betre den palliative pleia må ein ha leiarar ein kan søkje råd og støtte hjå. Det er også nødvendig med eit godt fagmiljø der ein kan lære av kvarandre sine erfaringar og kompetanse.

Relasjonen mellom sjukepleiar og pasient og symptomlindring må også fokuserast meir på. For å lukkast må ein møte pasienten i eit tidlegare stadium av sjukdommen. For å betre symptomlindringa må ein systematisk observere pasienten sine symptom og ha gode rutinar for opptrapping av smerte og anna symptomlindring. For å oppnå dette må ein ha god fagleg kompetanse både på sjukepleiar og systemnivå. Den gode relasjonen og god nok symptomlindring er avgjerande for at både pasient og pårørande skal føle tryggleik i den palliative fasa.

I denne litteraturstudia har eg funne forskning frå sjukepleieperspektivet, og kva sjukepleiarane meiner må til for å oppnå god palliativ omsorg mot livets slutt. Det er viktig å hugse på at det er pasienten vi må høyre på, kva meiner pasienten er det beste for han eller ho, og korleis vil pasienten ha det. Dette er ulikt frå pasient til pasient, ein kjenner på ulike symptom og ein har det ulikt psykisk. Ein må sjå på pasientane individuelt og individualisere pleia. I arbeidet med menneske må ein vere audmjuk, ein må lytte til kva pasientane tenker og kjenner på, og la dei prate om dei vanskelege tinga dersom dei ynskjer dette. Ein må heller ikkje gløyme dei pårørande. Dei kjenner pasienten godt og er som oftast ein god ressurs.

I arbeidet med denne litteraturstudia opplevde eg at det finst lite nyare forskning om korleis sjukepleiaren kan leggje til rette for god palliativ omsorg til kreftpasientar. Meir forskning og fokus på dette emnet kan vere nødvendig for å forbetre praksisen.

6.0 Litteraturliste

Anvik, V. H. (1999) Når der kreftsyke dør i sitt hjem – sykepleiernes erfaringer. *Vård i Norden* [Internett] 53 (19), s. 32-36.

DOI: 10.1177/010740839901900306

Berntzen, H., Danielsen, A. & Almås, H. (2015) Sykepleie ved smerter. I: Almås, H., Stubberud, D-G. og Grønseth, R. red. *Klinisk sykepleie 1*. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 355-398.

Bertelsen, B, Hornslien, K. & Thoresen, L. (2014) Svulster. I: Ørn, S., Mjell, J og Bach-Gansmo, E. Red. *Sykdom og behandling*. Oslo: Gyldendal akademisk, s. 123-143.

Dunne K., Sullivan K. & Kernohan G. (2005) Palliative care for patients with cancer: district nurses' experiences. *Journal of Advanced Nursing* [Internett], 50 (4), s. 372-380.

DOI: 10.1111/j.1365-2648.2005.03402.x

Eide, H.& Eide, T. (2007) *Kommunikasjon i relasjoner: Samhandling, konfliktløsning, etikk* Oslo: Gyldendal akademisk.

Evans, D (2002) Systematic reviews of interpretive research: interpretive data of processed data, *Australian Journal of Advanced Nursing*, [Internett] 20 (2), s. 22-26. Tilgjengeleg frå: <http://www.ajan.com.au/vol20/vol20.2-4.pdf> [Lest 02.04.2018]

Fjørtoft, A-K (2012) *Hjemmesykepleie Ansvar, utfordringer og muligheter*. Bergen: Fagbokforlaget

Folkehelseinstituttet (2014) *Sjekkliste for å vurdere kvalitativ forskning* [Internett] Tilgjengeleg frå: <<https://www.fhi.no/globalassets/kss/filer/filer/verktoy/sjekkliste-kvalitativ-2014.pdf>> [Lest 24.03.2018]

Forsberg, C. og Wengström, Y. (2016) *Att göra systematiska litteraturstudier*, Stockholm: Natur & kultur

Gjerberg, E & Bjørndal, A. (2007) Hva er en god død i sykehjem? *Sykepleien Forsking* [Internett], 2 (3), 174-180. Tilgjengelig frå: <https://sykepleien.no/forskning/2009/03/hva-er-en-god-dod-i-sykehjem> [Lest 23.02.2018]

Griffiths, J., Ewing, G., Rogers, M., Barclay, S., Martin, A., McCabe, J & Todd, C. (2007) Supporting cancer patients with palliative care needs. *Cancer Nursing* [Internett], 30 (2), s. 156-162
DOI: 10.1097/01.NCC.0000265013.63547.4a

Griggs, C. (2010) Community nurses' perceptions of a good death: a qualitative exploratory study. *International Journal of Palliative Nursing*. [Internett], 16 (3), s. 139-148. Tilgjengelig frå:

<<http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=f744d6b1-59c5-43cf-bb17-11df856139d0%40sessionmgr4006>> [Lest 23.11.2017]

Helse- og omsorgstjenesteloven. *Lov 24. juni 2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester*

Helsepersonelloven. *Lov 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell m.v.*

Karlsson, C. og I. Berggren (2011) Dignified end-of-life care in the patients' own homes. *Nursing Ethics* [Internett], 18 (3), s. 374-385.
DOI: 10.1177/0969733011398100

Kreftregisteret (2016) *Fakta om kreft* [Internett]. Tilgjengelig fra:
<<https://www.kreftregisteret.no/Generelt/Fakta-om-kreft/>> [Lest 09.04.18]

Kristoffersen, N. J. (2015) Sykepleie – kunnskap og kompetanse. I: Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F & Skaug, E-A. red. *Grunnleggende sykepleie 1*. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 161-203

Kristoffersen, N. J. (2015) Teoretiske perspektiver på sykepleie. I: Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F & Skaug, E-A. red. *Grunnleggende sykepleie 1*. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 207-270

Kvåle, K. (2002) *Sykepleie til mennesker med kreft*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Lorentsen, V.B & Grov, E.K (2016) Generell sykepleie ved kreftsykdommer I: Stubberud, D. G., Grønseth, R. og Almås, H. Red. *Klinisk sykepleie 2*. Oslo, Gyldendal akademisk, s. 397-437.

Molnes, S. I. (2015) Sammen går vi døden i møte. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*. [Internett], 11 (2) s. 141-152. DOI: 10.7557/14.3718

Molnes, S. I. (2014) Sykepleieres erfaringer med smertelindring til hjemmeboende. *Nordisk sygeplejeforskning*. [Internett], 2 (4), s.142-156 Tilgjengelig frå: <http://www.idunn.no/nsf/2014/02/sykepleieres_erfaringer_medsmertelindring_til_hjemmeboende> [Lest 21.11.2017]

Norsk senter for forskningsdata (2018a) *Publiseringskanalar* [Internett] Tilgjengeleg frå: <<https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/Forside>> [Lest 22.03.2018]

Norsk senter for forskningsdata (2018b) *Publiseringskanalar* [Internett] Tilgjengeleg frå: <<https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/OmSok>> [Lest 13.04.2018]

Norsk sykepleieforbund (2011) *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere* [Internett] Tilgjengeleg frå: <https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf> [Lest 18.04.2018]

Pasient- og brukerrettighetsloven. *Lov 2. juli 1999 nr. 63 om pasient- og brukerrettigheter m.v.*

7.0 Vedlegg

VEDLEGG 1 - SØKEHISTORIKK

Søkeord	Dato	Databas e	Antall treff	Leste abstra kter	Leste artikl er	Inklud erte artikle r
Community health nursing (S1)	30.10.2017	Cinahl	29203			
Palliative care (S2)			33552			
S1 AND S2 limiters: full tekst, 2010-2017 (S3)			174	23	13	1

Søkeord	Dato	Databas e	Antall treff	Leste abstra kter	Leste artikler	Inklud erte artikle r
Community health nursing (S1)	30.10.2017	British nursing index				
Palliative care (S2)						
S1 AND S2, limiters: full tekst, 2010-2017 (S3)			0			
End-of-life care (S4)						
Home care (S5)						
Nursing (S6)						
S1 AND S2 AND S3 Limiters: 2010-2017 (S7)			177	20	4	1

Søkeord	Dato	Databas e	Antall treff	Leste abstra kter	Leste artikler	Inklud erte artikle r
Cancer patients (S1)	21.11. 2017	Swemed +	1416			
Home care (S2)			2126			
Palliative care (S3)			1083			
Nursing (S4)			10032			
S1 AND S2 AND S3 AND S4 (S5)			12	4	1	
S1 AND S2 AND S3 (S6)			30	9	3	
S1 AND S2 (S7)			58	5		
S7, limiters: artikkel + 2010-2017 (S8)			19			
S7, limiters: artikkel (S9)			52	15	8	3

Søkeord	Dato	Databas e	Antall treff	Leste abstra kter	Leste artikler	Inklu derte artikl er
Palliative care (S1)	23.11. 2017	CINAH L	28778			
Cancer patients (S2)			26473			
Home care (S3)			17614			
Home (S4)			13995 1			
Nursing (S5)			62569 7			
S1 AND S2 (S6)			2190			

S1 AND S2, limiters: 2005-2017 + full tekst, + engelsk (S7)			496			
S7 AND S4 AND S5 (S8)			44	9	5	0
S7 AND S3 (S9)			20	3	2	0
S7 AND S4 (S10)			115			
S10, limiters: academic journals			82	13	7	2

Søkeord	Dato	Databas e	Antall treff	Leste abstra kter	Leste artikler	Inkluderte artikl er
God død	23.02. 2018	Sykeplei en.no				
Limiters: forskning, 2007-2018			48	7	3	1

VEDLEGG 2 - LITTERATURMATRISER

Referanse Forfatteren /nes etternavn og forbokstav, årstall, navn på artikkel, navn på tidsskrift, vol.nr, utgave nr., sidetall.	Studiens hensikt/mål	Nøkkel- begrep/ Keywords	Metode Utvalg (Sample, participants) Hvor mange har deltatt i studien, hvem er de (inkludering- /eksklusjonskrite- rier)? Datainnsamling , datacollection – hvordan er data samlet inn? Analyse av data. Hvordan?	Resultat/konklusjon	Relevans: Hvordan vil jeg bruke denne artikkelen i min oppgave?
Gjerberg, E & Bjørndal, A. (2007) Hva er en god død i sykehjem? <i>Sykepleien Forskning</i> 2 (3), 174- 180.	Studien si hensikt var å få meir kunnskap om kva som kan beteiknast som ein god død og kva forutsetnada r som må liggje til grunn for det.	Sykehje- m, god død og dødsplei- e	14 personar med ulik fagbakgrunn, ansett ved fem sjukeheimar i fire helseregionar vart intervjua. Data vart samla inn ved hjelp av intervju, og analysert ved ei deskriptiv analyse av data..	Det dei kom fram til var fire sentrale tema: god smerte- og anna symptomlindring, tryggleik for å ikkje vere aleine, at pårørande blir godt ivaretatt og at det ikkje iverksettast unødig livsforlengande behandling.	Sjølv om denne forskningsartik- kelen ikkje er frå heimesjukeple- ia, meiner eg den framleis er relevant. Den er norsk og handlar om korleis ein kan leggje til rette for at pasientar skal få ein god død. Desse sentrale tema som blir teke opp gjeld også for pasientar som vel å dø i heimen, og

					også kreftpasientar.
Molnes, S. I. (2015) Sammen går vi døden i møte. <i>Nordisk Tidsskrift for Helseforskning</i> . 11 (2) s. 141-152	Hensikta med denne forskingsartikkelen er å rette søkelys på heimesjukepleiaren sitt møte med heimedød og kreftpasientar sine andelegere behov.	Kommunehelsetjenesten, hjemmedød, åndelige behov, sykepleiere	Ti sjukepleiarar deltok i studien, dei var sjukepleiarar som minimum hadde arbeida i heimesjukepleia i eit år. Data vart samla gjennom halvstrukturerte, individuelle intervju. Intervjua vart skrivne ut i full tekst, og analysa vart gjort ved hjelp av Giorgis fire steg.	Respondentane beskrev ulike forhold som belyste heimedød hos kreftpasientar. Resultata vart presentert i to hovudtema; 1) Å arbeide i andre sin heim, når ønsket er å få døy heime og 2) Den utfordrande samtalen.	Denne forskingsartikkelen seier noko om korleis det er å arbeide i andre sin heim, kva utfordringane ved det er, samt pasientane sine andelegere behov. Det kjem også fram kva som er nødvendig for meg som sjukepleiar å vere klar over når ein skal yte sjukepleie til denne pasientgruppa.
Molnes, S. (2014) Sykepleieres erfaringer med smertelindring til hjemmeboende. <i>Nordisk sykeplejeforskning</i> . 2 (4), s.142-156.	Hensikta med studien var å belyse korleis sjukepleiarane opplev kompetansen med tanke på smertelindring til heimebuande kreftpasientar.	Hjemmesykepleiere, kompetanse, kreft, smertelindring, sykepleiere.	Ti sjukepleiarar som arbeida i tre forskjellige omsorgsdistrikt, innan heimesjukepleie deltok i studien. Data vart innhenta ved hjelp av halvstrukturerte, individuelle intervju. Analysa tek utgangspunkt i Thagaards temasentrerte analysestrategi.	Det dei fant ut var at sjukepleiarane var stort sett fornøgde med jobben dei gjer for heimebuande kreftpasientar. Det kjem likevel fram at det å skulle tilby den beste smertelindringa er ei stor utfordring, og at kompetansen i kommune- og spesialisthelsetenesta varierer. For	Denne forskingsartikkelen beskriv korleis ein skal bli flinkare på smerte- og anna symptomlindring til heimebuande kreftpasientar. Den seier også noko om behovet for fagleg oppdatering, og

				at fleire kreftpasientar skal få ei god og verdig behandling i sin eigen heim, bør ein fokusere meir på symptomlindring og god kommunikasjon mellom pasient, pårørende og helsepersonell.	sjukepleiarane sine opplevingar av omgivnadane.
Anvik, V. H. (1999) Når der kreftsyke dør i sitt hjem – sykepleiernes erfaringer <i>Vård i Norden</i> 53 (19), s. 32-36	Hensikta med studien var å beskrive korleis heimebasert omsorg til døyande pasientar var etablert på mindre stadar.	Challenging field, uncertain decisions , working alone	Det var tolv sjukepleiarar som vart intervjuet og det vart brukt ei kvalitativ metode. Undersøkinga vart utført i ei middelstor bykommune og i ein storby. Storbyen hadde lang tradisjon og erfaring med kreftomsorg og død i heimen, medan den andre kommunen har kort erfaring. Undersøkinga vart lagt opp som ei open samtale i eit kvalitativ forskingsintervju kor sjukepleiarane kunne ta opp det som dei opplevde som nærliggande. Samtalane vart tatt opp på band som vart utskrive og analysert.	Resultata viser at sjukepleiarane arbeidar for det meste åleine i eit vanskeleg og utfordrande område. Konklusjonen legg vekt på to faktorar: god nok terminal heimesjukepleie kan oppnåast, men det forutset effektiv støtte og kontroll av symptoma til den sjuke. Den andre er at den terminale heimebehandlinga bør bli organisert i team.	Denne forskingsartikkelen beskriv utfordringane og erfaringane sjukepleiarane har i møte med dei døyande pasientane i heimebasert omsorg. Det kjem fram ulike funn som kan vere til god hjelp for å kunne oppnå best mogleg palliativ sjukepleie til kreftpasientane som vel å dø i heimen.

<p>Griffiths, J., Ewing, G., Rogers, M., Barclay, S., Martin, A., McCabe, J & Todd, C. (2007) Supporting cancer patients with palliative care needs. <i>Cancer Nursing</i>. 30 (2), s. 156-162</p>	<p>Hensikta med studien var å undersøke sjukepleiarar sine oppfatningar av deira eiga rolle i å støtte kreftpasientar i palliativ fase.</p>	<p>Cancer patients, community nurses, nurses' role & palliative care</p>	<p>Det var 34 heimesjukepleiarar som vart intervjuet. Det vart gjennomført semistrukturerte intervju. Data vart analysert tematisk, ved hjelp av Atlas/ti.</p>	<p>I studien kom det fram at det å møte pasienten i ei tidleg fase av sjukdommen er viktig. Heimesjukepleiarane vart sett ovanfor dei kallar ideologiske dilemma. Dei følte at mangel på sjølvtilit, og mangel på ferdigheiter gjorde at dilemma vart vanskeleg å handtere. Dei opplevde også at å skulle gi psykisk støtte kravde ferdigheiter dei følte dei ikkje hadde.</p>	<p>Denne studien seier noko om viktigheita av gode relasjonar, og det å kunne gi psykisk støtte og å kunne snakke med pasientane. Den seier også noko om den utfordrande samtalen.</p>
<p>Dunne K., Sullivan K. & Kernohan G. (2005) Palliative care for patients with cancer: district nurses' experiences <i>Journal of Advanced Nursing</i> . 50 (4) s. 372-380.</p>	<p>Studien skal utforske distrikts sjukepleiarar sine opplevingar av å yte palliativ omsorg til kreftpasientar og deira pårørande</p>	<p>District nursing, palliative care, husserlian phenomenology, end-of-life care, cancer nursing.</p>	<p>Det vart brukt ei Husserlian fenomenologisk tilnærming, utvalet var 25 kvinnelege sjukepleiarar som arbeida i distrikta. Data vart samla inn ved hjelp av ustrukturerte intervju som vart spelt inn og analysert ved hjelp av Colaizzi sine sju trinn av data analyse.</p>	<p>Det dei kom fram til i denne studien var at det var behov for eit betre kommunikasjonsnettverk mellom dei ulike profesjonane, ein treng meir kunnskap om symptom handtering, etiske problem, takle pårørande som kan vere barn og ungdom, og ein treng betre kommunikasjonsferdigheiter.</p>	<p>Denne studien seier noko om sjukepleiarane sine opplevingar og erfaringar knytt til det å yte palliativ pleie til heimebuande kreftpasientar og deira sine pårørande. Den beskriv utfordringar knytt til kommunikasjon, symptomhandtering og etiske problem.</p>

<p>Karlsson, C. og I. Berggren (2011) Dignified end-of-life care in the patients' own homes. <i>Nursing Ethics</i>, 18 (3), s. 374-385.</p>	<p>Studia si hensikt var å finne ut kva sjukepleiarane meinte var dei viktigaste faktorane for å bidra til at den siste tida i livet blir god, i heimen.</p>	<p>Autonomy, dignity, end of life care, homecare, integrity, phenomenological hermeneutic, safety</p>	<p>Ti sjukepleiarar med erfaring frå palliativ behandling i heimen frå fem ulike kommunar i Sverige deltok. Dei vart stilt opne spørsmål som var formulert etter ein intervju guide. Spørsmåla fokuserte både på god palliativ behandling og dårleg behandling, for å finne dei faktorane som bidreg til den beste palliative behandlinga.</p> <p>Data vart analysert ved hjelp av ei fenomenologisk og hermeneutisk metode.</p>	<p>Resultata viser at god palliativ omsorg forutset at helsepersonell bidreg til sikkerheit, autonomi og integritet for pasienten, og dei pårørande for å skape respekt og ein så god og verdig død som mogleg.</p>	<p>Forskningsartikelen er frå Sverige og omhandlar pasientar som vil døy i heimen. Den handlar ikkje om kreftpasientar, men eg meiner framleis den er relevant for mi oppgåve. Det kjem fram ulike forutsetningar for å kunne leggje til rette for god palliativ omsorg.</p>
<p>Griggs, C. (2010) Community nurses' perceptions of a good death: a qualitative exploratory study. <i>International Journal of Palliative Nursing</i>, 16 (3), s. 139-148</p>	<p>Studien ville få eit innblikk i oppfatningane av ei «god død» blant heimesjukepleiarar, og å identifisere sentrale komponentane for å få det til.</p>	<p>Palliative care, good death, community nurses end-of-life care</p>	<p>17 heimesjukepleiarar som arbeida i sør-aust England deltok i studien.</p> <p>Data vart samla inn via semistrukturerte intervju.</p> <p>Data vart analysert ved hjelp av tematisk analyse, som gjorde at problem og sentrale tema kunne dukke opp, noko som var viktig for å finne ut av sjukepleiarane sine opplevingar.</p>	<p>Deltakarane identifiserte åtte nøkkelområde som vil bidra til ein god død, det var: symptom kontroll, pasientens val, ærlegdom, spiritualitet, profesjonelle relasjonar, effektiv førebuing, og organisering og levering av saumlaus omsorg.</p>	<p>Forskningsartikelen kjem fram til viktige faktorar som må vere til stades for å oppnå god palliativ omsorg. Det kjem også fram korleis ein som sjukepleiar kan arbeide for å på best mogleg måte oppnå dette.</p>

VEDLEGG 3 – SJEKKLISTE FOR Å VURDERE KVALITATIV FORSKNING

Eksempel - Forskingsartikkel «Sammen går vi døden i møte»

SJEKKLISTE FOR Å VURDERE KVALITATIV FORSKNING

Målgruppe: studenter og helsepersonell Hensikt:
øvelse i kritisk vurdering

FØLGENDE FORHOLD MÅ VURDERES:

*Kan vi stole på resultatene?
Hva forteller resultatene?
Kan resultatene være til hjelp i min praksis?*

Under de fleste spørsmålene finner du tips som kan være til hjelp når du skal svare på de ulike punktene.

Referanse:

1. Critical Appraisal Skills Programme. www.casp-uk.net

<p>1. Er formålet med studien klart formulert?</p> <p>TIPS:</p> <p><input type="checkbox"/> Er det oppgitt en problemstilling for studien?</p>	<p>Ja</p> <p>X</p>	<p>Uklart</p> <p>O</p>	<p>Nei</p> <p>O</p>
<p>2. Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?</p> <p>TIPS:</p> <p><input type="checkbox"/> Har studien som mål å forstå og belyse, eller beskrive fenomen, erfaringer eller opplevelser?</p>	<p>Ja</p> <p>X</p>	<p>Uklart</p> <p>O</p>	<p>Nei</p> <p>O</p>

INNLEDENDE SPØRSMÅL

KAN DU STOLE PÅ RESULTATENE?

<p>3. Er studiedesignet hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?</p> <p>TIPS:</p> <p><input type="checkbox"/> Er utvalg, måte å samle inn data på og måte å analysere data på beskrevet og begrunnet?</p>	<p>Ja</p> <p>X</p>	<p>Uklart</p> <p>O</p>	<p>Nei</p> <p>O</p>
<p>Kommentar: Data vart samla inn ved halvstruktureerte, individuelle intervju. Intervjua vart transkribert og utskrive, og analysert ved hjelp av Giorgis 4 steg.</p>			
<p>4. Er utvalget hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?</p> <p>TIPS:</p> <p><i>I strategiske utvalg er målet å dekke antatt relevante sosiale roller og perspektiver. De enhetene som skal kaste lys over disse perspektivene er vanligvis mennesker, men kan også være begivenheter, sosiale situasjoner eller dokumenter. Enhetene kan bli valgt fordi de er typiske eller atypiske, fordi de har bestemte forbindelser med hverandre, eller i noen tilfeller rett og slett fordi de er tilgjengelige.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Er det gjort rede for hvem/hva som ble valgt ut og hvorfor? Er det gjort rede for hvordan de ble valgt ut (rekrutteringsstrategi)? • Er det gjort rede for hvorfor noen valgte ikke å delta? • Er karakteristika ved utvalget beskrevet (f.eks. kjønn, alder, osv.)? 	<p>Ja</p> <p>X</p>	<p>Uklart</p> <p>O</p>	<p>Nei</p> <p>O</p>
<p>Kommentar: Forskaren i denne studia sendte brev til distriktsleiarar i tre forskjellige omsorgsdistrikt i Midt-Noreg, og fekk skriftleg tilbakemelding om at dei ville delta. Distriktsleiarane hjelpte til med å identifisere aktuelle respondentar som hadde erfaring med heimedød hos kreftpasientar. Inklusjonskriteria var at sjukepleiarane hadde arbeida i heimesjukepleia minimum eit år. Etter at distriktsleiarane hadde funne tre til fire respondentar i sitt distrikt, hjelpte dei også til med å formidle informasjonsskriv og samtykkeerklæring til sjukepleiarane. Ti sjukepleiarar ønskte å delta i studia.</p>			

	<p>Det blir ikkje beskrive kvifor nokon valte å ikkje delta og det står heller ikkje noko om kjønn og alder på dei som ville delta.</p>						
<p>5. Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?</p> <p><i>TIPS:</i> <i>Datainnsamlingen må være omfattende nok både i bredden (typen observasjoner) og i dybden (graden av observasjoner) om den skal kunne støtte og generere fortolkninger.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> <i>Er metoden som ble valgt god for å belyse problemstillingen?</i> <input type="checkbox"/> <i>Går det klart fram hvilke metoder som ble valgt for å samle data? For eksempel feltstudier (deltagende eller ikke-deltagende observasjon), intervjuer (semistrukturerte dybdeintervjuer, fokusgrupper), dokumentanalyse.</i> <input type="checkbox"/> <i>Er måten data ble samlet inn på beskrevet (f.eks. beskrivelse av intervjuguide)?</i> <input type="checkbox"/> <i>Ble valg av setting for datainnsamlingen begrunnet?</i> 	<table border="0" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 33%;">Ja</td> <td style="width: 33%;">Uklart</td> <td style="width: 33%;">Nei</td> </tr> <tr> <td>X</td> <td>O</td> <td>O</td> </tr> </table> <p>Kommentar:</p> <p>Data vart samla inn ved halvstrukturerte individuelle intervju. Dette gjorde at sjukepleiarane fyrst fekk snakke om sine erfaringar. I nokre av intervjua vart det brukt intervjuguide meir enn i dei andre, då dette var nødvendig. Nokre respondentar var meir detaljerte, medan andre var ordknappe. Det vart også stilt oppfølgingsprøsmål og oppklarande spørsmål.</p>	Ja	Uklart	Nei	X	O	O
Ja	Uklart	Nei					
X	O	O					

<p>6. Går det klart fram hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?</p> <p><i>TIPS:</i> En vanlig tilnæringsmåte ved analyse av kvalitative data er såkalt innholdsanalyse, hvor mønstre i data blir identifisert og kategorisert.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Er det redegjort for hvilken type analyse som er brukt (for eks. grounded theory, fenomenologisk analyse etc.). • Er det tydelig redegjort for hvordan analysen ble gjennomført (f. eks. de ulike trinnene i analysen)? • Er motstridende data tatt med i analysen? • Ser du en klar sammenheng mellom innsamlede data (f.eks. sitater) og kategoriene som forskeren har kommet fram til? 	<p>Ja Uklart Nei</p> <p>X O O</p> <p>Kommentar: Analysen vart gjort ved hjelp av Giorgis fire steg. Det står tydeleg kva som vart gjort i alle stega av analysen. Der er ingen motstridande data, data omhandlar sjukepleiarane sine erfaringar, men erfaringane er ulike. Eg ser også ein klar samanheng mellom dei innsamla data og dei kategoriane som forskaren har kome fram til. Til dømes er eine kategoriane å arbeide i andre sin heim når ønsket er å døy heime, så kjem eit utsagn om kva som er viktig for å sørge for ein best mogleg død i heimen.</p>
<p>7. Ble det redegjort for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?</p> <p><i>TIPS:</i> Forskningsresultatene blir nødvendigvis påvirket av perspektivet til forskeren. I tillegg vil konteksten som datainnsamlingen foregår innenfor påvirke resultatene.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Har forskeren gjort rede for konteksten som datainnsamlingen foregikk innenfor? • Har forskeren gjort rede for sitt teoretiske ståsted og sin faglige bakgrunn? 	<p>Ja Uklart Nei</p> <p>X O O</p> <p>Kommentar: Forskaren har greia ut om sin teoretiske ståstad og sin faglege bakgrunn, han seier at han sjølv arbeida i heimesjukepleia, og var der sjukepleiar. Han seier at forforståelsen for fenomenet kan vere med på å påverke studia. Han seier at det er ei fare for at respondentane fortel det dei trur forskaren er ute etter, og at respondentane kan påverke kvarandre når dei arbeidar i lag. Han skriv også at han intervjuar ti sjukepleiarar frå tre ulike distrikt, og det gjer at dei kan ha ulike erfaringar til døden.</p>
<p>8. Er det gjort forsøk på å underbygge funnene?</p> <p><i>TIPS:</i> Kategoriene eller mønstrene som ble identifisert i løpet av analysen kan styrkes ved å se om lignende mønstre blir identifisert gjennom andre kilder. For eksempel ved å diskutere foreløpige slutninger med studieobjektene, be en annen forsker gjennomgå materialet, eller å få lignende inntrykk fra andre kilder. Det er sjeldent at forskjellige kilde gir helt likt uttrykk. Imidlertid bør slike forskjeller forklares</p>	<p>Ja Uklart Nei</p> <p>X O O</p> <p>Kommentar: Forskaren har støtta seg til anna forskning som viser likskapar og ulikslikapar. Han skriv det er vanskeleg å etterprøve resultatata, på grunn av respondentane sine erfaringar til døden kan forandre seg, og det same kan ein seie om omgivnadane.</p>
<p><i>tilfredsstillende.</i></p> <p><input type="checkbox"/> Er det gjort forsøk på å trekke inn andre kilder for å vurdere eller underbygge funnene?</p>	

<p>9. Er etiske forhold vurdert?</p> <p>TIPS:</p> <p><input type="checkbox"/> Ble studien forklart for deltagerne (f.eks. gjennom informert samtykke)? <input type="checkbox"/> Dersom relevant, ble studien forelagt Etisk komite?</p>	<table border="0"> <tr> <td style="text-align: center;">Ja</td> <td style="text-align: center;">Uklart</td> <td style="text-align: center;">Nei</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">X</td> <td style="text-align: center;">O</td> <td style="text-align: center;">O</td> </tr> </table> <p>Kommentar: Studien vart forklart for deltakarane, dei fekk informasjonsskriv, og dei fekk forklart at dei kunne trekke seg når som helst. Dei vart på nytt i samtykkeerklæringa informert om at deltakinga var frivillig. Studien vart forelagt etisk komite, NSD.</p>	Ja	Uklart	Nei	X	O	O
Ja	Uklart	Nei					
X	O	O					

HVA ER RESULTATENE?

<p>8. Kommer det klart fram hva som er hovedfunnene i undersøkelsen?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kan du oppsummere hovedfunnene? • Ble funnene diskutert i lys av det opprinnelige formålet med studien? 	<table border="0"> <tr> <td style="text-align: center;">Ja</td> <td style="text-align: center;">Uklart</td> <td style="text-align: center;">Nei</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">X</td> <td style="text-align: center;">O</td> <td style="text-align: center;">O</td> </tr> </table> <p>Kommentar: Hovedfunna er "å arbeide i andre sin heim, når ønsket er å dø heime og "den utfordrande samtalen". Sidan formålet var å sette søkelys på heimesjukepleiaren sitt møte med heimedød og korleis dei beskriv eigen praksis, har dei treft godt med hensikta med studien.</p>	Ja	Uklart	Nei	X	O	O
Ja	Uklart	Nei					
X	O	O					

KAN RESULTATENE BRUKES I MIN PRAKSIS?

<p>Hvor nyttige er funnene fra denne studien?</p> <p>TIPS:</p> <p>Målet med kvalitativ forskning er ikke å sannsynliggjøre at resultatene kan generaliseres til en bredere befolkning. Isteden kan resultatene gi grunnlag for modeller som kan brukes til å prøve å forstå lignende grupper eller fenomen.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kan resultatene hjelpe meg til bedre å forstå sammenhengen jeg arbeider i? • Drøft hvordan funnene kan utvide eksisterende kunnskap og forståelse? 	<p>Kommentar: Funna frå studia beskriv korleis ein som sjukepleiar opplev å arbeide med døyande menneske. Det viser utfordringane som ein kan møte på, og det kjem fram kva ein må arbeide vidare med for å kunne oppnå ein betre heimedød. Forskaren beskriv at det er viktig at sjukepleiarane har kompetanse, tryggleik, mot, erfaring og etisk innsikt til å møte pasientane sine behov og ynskjer. Det er viktig å være trygg nok til å ha samtalar om døden med pasienten, pårørande men også kollegaer. Det blir også beskrive at</p>
--	---

	<p>korleis pasientane blir møtt av sjukepleiarane har stor betydning. Det blir beskrive at for å legge til rette for ein god heimedød må kommunane styrke kompetansen til dei ansette, gjerne gjennom tverrprofesjonelt samarbeid og tydeliggjering av ansvarsforhold.</p> <p>Dette er nyttig kunnskap fordi det blir sagt noko om kva ein må vere obs på når ein arbeidar med døyande menneske, og for meg som sjukepleiestudent er det nyttig å vite kva ein skal tenkje på når eg startar arbeidet mitt som sjukepleiar.</p>
--	---

VEDLEGG 4 – ESAS SKJEMA



Edmonton Symptom Assessment System (ESAS)

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

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

Pasientens navn: _____

Dato: _____

Tidspunkt: _____

Fylt ut av (sett et kryss):

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

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