

Mari Krokhaug Øverli
Thea Krokhaug Øverli
Dafina Velia

Hvilke smertelindrende tiltak utgjør god sykepleie for hjemmeboende pasienter i palliativ fase?

Bacheloroppgave i Sykepleie
Veileder: Bente Thyli
Mai 2019

SAMMENDRAG

| | | |
|---|---|----------------|
| Tittel: | Hvilke smertelindrende tiltak utgjør god sykepleie for hjemmeboende pasienter i palliativ fase? | Dato: 16.05.19 |
| Deltaker(e)/ | Mari Krokhaug Øverli, Thea Krokhaug Øverli og Dafina Velia | |
| Veileder(e): | Bente Thyli | |
| Stikkord/nøkkel ord (3-5 stk) | Palliativ behandling, sykepleietiltak, smertelindring, hjemmesykepleie | |
| Antall sider/ord: 49/ 10695 | Antall vedlegg: 0 | |
| Bakgrunn: Kommunehelsetjenesten har fått en sentral rolle i palliativ behandling, da flere pasienter ønsker å avslutte livet i eget hjem. Dette medfører et større ansvar og flere arbeidsoppgaver for sykepleiere i hjemmesykepleien. Hjemmeboende pasienter i palliativ fase er ofte preget av variasjoner i symptomer som kan endre seg raskt. Smertelindring for denne pasientgruppen er et viktig arbeidsområde for sykepleiere. En stor andel av pasientene får ikke dekket sitt behov for smertelindring, da smerteintensitet, karakter og lokalisasjon er krevende å vurdere og evaluere. | | |
| Hensikt: Å undersøke hvilke smertelindrende tiltak i palliativ fase sykepleiere kan gjennomføre for hjemmeboende pasienter. | | |
| Metode: Litteraturstudie er benyttet som metode. Det ble gjennomført strukturerte søk på bakgrunn av utvalgte søkeord og inklusjons- og eksklusjonskriterier, som belyser problemstillingen og har en sykepleiefaglig relevans. Artiklene i litteraturstudien er hentet fra Medline Ovid, SveMed + og PubMed (Medline). | | |
| Resultater: Basert på funn i inkluderte artikler ble det identifisert seks områder som har betydning for at sykepleiere kan utøve god sykepleie, og gjennomføre tiltak for hjemmeboende pasienter i palliativ fase. For at dette skal kunne gjennomføres kreves det kunnskap, tid og ressurser. Tverrfaglig samhandlingskompetanse mellom de ulike aktørene er viktig på grunn av et sammensatt sykdomsforløp hos pasienter i palliativ fase. Samtidig skal pasientens grunnleggende behov dekkes og ønsker oppfylles. | | |
| Konklusjon: For å gi ønskelig smertelindring er det ikke nødvendigvis ett enkelt tiltak som gjennomføres, men en kombinasjon av flere ulike tiltak. Det viste seg at sykepleiers opplæring om smertelindring til pasienter, i tillegg til bruk av smertedagbok, ga en reduksjon i gjennomsnittlig og maksimal smerteintensitet i palliativ fase. Opplæringen førte til at pasientene endret holdning til bruk av opioidpreparater, noe som hadde en positiv effekt på smertelindringen. Implementering av et medisinsk skrin i hjemmet førte til effektiv smertelindring. Medikamentell behandling med opioidpreparater er nødvendig for smertelindring, og dette var tilgjengelig for de fleste hjemmeboende pasientene. Bruk av ESAS hadde en hensiktsmessig virkning for å bedre pasientens symptomkontroll. | | |

ABSTRACT

| | | |
|---|---|----------------|
| Title: | What measures for pain management constitute of good nursing for patients living at home in palliative phase? | Date: 16.05.19 |
| Participants/ | Mari Krokhaug Øverli, Thea Krokhaug Øverli og Dafina Velia | |
| Supervisor(s) | Bente Thyli | |
| Keywords | Palliative care, nursing measures, pain management, homecare nurse | |
| (3-5) | | |
| Number of pages/words: 49/ 10695 | Number of appendix: 0 | |
| <p>Background: Municipal health service has a central role in palliative care. Several patients in palliative phase have a desire to end life at home. This leads to a greater responsibility for nurses working in home nursing. Patients with a complex pathological picture living at home are often characterized by variation in symptoms and their state alter quickly. Pain management is a nurse's fundamental line of work for patients in palliative phase living at home. A large proportion of patients may not cover their needs for managing pain, because the valuation and evaluation of pain intensity, character and localization is demanding.</p> <p>Aim: To examine which measures considering pain relief in palliative treatment a nurse can perform for patients living at home.</p> <p>Method: Literary study is the method used in this paper. A structural search was done, based on selected keywords, and inclusion- and exclusion criteria. These criterias highlight the issue and has a nursing relevance. The articles used in the theoretical framework are retrieved from Medline Ovid, SveMed + and PubMed (Medline).</p> <p>Result: Based on finding in the included articles, six categories were identified as important for nurse´s ability to perform sufficient nursing and implement measures for patients in a palliative stage, living at home. Knowledge, time and resources is necessary. Interdisciplinary interaction skills between the different actors are important due to a compound prognosis in patients in a palliative stage. At the same time, the patients basic needs and wishes must be met.</p> <p>Conclusion: It is not necessarily one single measure that is implemented to provide pain relief, however a combination of several measures. Training in pain management, and the use of pain diary gave a reduction in average and maximum pain intensity in a palliative phase. The training in pain management had a positive effect on the patients, because it changed the patients attitude towards opioid preparation. Implementation of a medication kit in the home provided easy access and a effective pain management. Medicamental treatment with opioids is essential for pain management, therefore they are often available to patients living at home. The use of ESAS had an expediently effect to improve the symptom control.</p> | | |

Innholdsfortegnelse

| | |
|---|----|
| 1.0 Innledning | 6 |
| 1.1 Begrunnelse for valg av tema | 6 |
| 1.2 Sykepleiefaglig relevans | 6 |
| 2.0 Bakgrunn | 8 |
| 2.1 Palliasjon | 8 |
| 2.2 God sykepleie ved palliasjon | 8 |
| 2.3 Palliativ pleie til hjemmeboende pasienter | 9 |
| 2.4 Smertelindring | 10 |
| 2.5 Hensikt | 11 |
| 2.6 Problemstilling | 12 |
| 3.0 Metode | 13 |
| 3.1 Litteraturstudie som metode | 13 |
| 3.2 Søkestrategi | 13 |
| 3.3 Kritisk vurdering og kvalitetssikring av utvalgte artikler | 16 |
| 3.4 Analyse av resultater | 18 |
| 4.0 Resultatpresentasjon | 19 |
| 4.1 Litteraturmatrise | 19 |
| 4.2 Sammenfatning av resultater | 25 |
| 4.2.1 Sykepleiers veiledende og undervisende funksjon i kunnskaper om smertelindring | 25 |
| 4.2.2 Sykepleiers bruk av kartleggingsverktøy for observasjon og oppfølging | 25 |
| 4.2.3 Sykepleiers bruk av tverrfaglig samhandlingskompetanse | 26 |
| 4.2.4 Sykepleiers funksjonsområder i samhandling med pasient og pårørende ved smertelindring i hjemmet | 27 |
| 4.2.5 Bruk av tid og ressurser blant sykepleiere hos hjemmeboende pasienter i palliativ fase | 28 |
| 4.2.6 Hjemmebaserte smertelindrende tiltak for å unngå sykehusinnleggelse | 28 |
| 5.0 Drøfting | 30 |
| 5.1 Sykepleiers veiledende og undervisende funksjon i kunnskaper om smertelindring | 30 |
| 5.2 Sykepleiers bruk av kartleggingsverktøy for observasjon og oppfølging | 31 |
| 5.3 Sykepleiers bruk av tverrfaglig samhandlingskompetanse | 33 |

| | |
|---|----|
| 5.4 Sykepleiers funksjonsområder i samhandling med pasient og pårørende ved smertelindring i hjemmet | 35 |
| 5.5 Bruk av tid og ressurser blant sykepleiere hos hjemmeboende pasienter i palliativ fase | 36 |
| 5.6 Hjemmebaserte smertelindrende tiltak for å unngå sykehusinnleggelser | 37 |
| 5.7 Metodiske overveielser | 38 |
| 5.8 Ethiske overveielser | 39 |
| 5.9 Muligheter for innovasjon | 40 |
| 6.0 Konklusjon | 41 |
| Litteraturliste | 42 |

1.0 Innledning

Etter samhandlingsreformen i 2012 har fokuset blitt rettet mot å sikre en bærekraftig helsetjeneste av høy kvalitet (Toppe og Navarsete, 2018). Reformen avklarte at helsetjenestene skulle samles og gjøres mer koordinerte, og at kommunene ville få en mer sentral funksjon (St.meld.47 (2008-2009)). Dette førte til at kommunene skulle sørge for et helhetlig pasientforløp. Palliativ behandling innebærer å gi omsorg, pleie og symptomlindring for pasienter med inkurabel sykdom (Kreftforeningen, 2015). Denne behandlingsformen har blitt mer relevant i dagens samfunn. Flere pasienter velger å motta palliativ behandling i hjemmet, og blir da under hjemmesykepleiens omsorg og ansvar. At pasienten skal bli helt smertefri er en daglig utfordring for sykepleiere, men smertelindring handler om å lindre smerter så langt det lar seg gjøre (Thoresen og Dahl, 2016). Sykepleiere skal ha kunnskaper om smertekontroll slik at smerten ikke begrenser pasienten. Det er ønskelig at pasienten unngår unødig lidelse i den palliative fasen, og får en verdig død.

1.1 Begrunnelse for valg av tema

Med en stadig økning i antall pasienter som ønsker å tilbringe livets siste fase i hjemmet, øker også belastningen og kravet til sykepleierne i hjemmesykepleien. Disse sykepleierne får en sentral rolle i den palliative behandlingen i hjemmet, og vil i en slik situasjon bruke mye ressurser på pasienten, samt pasientens pårørende. For sykepleiere vil det stilles krav til kunnskaper og ferdigheter i palliativt omsorgsarbeid, hvor smertelindring er en svært sentral del av behandlingen. Fokuset i denne litteraturstudien er nettopp smertelindrende tiltak for hjemmeboende pasienter i palliativ fase. Disse tiltakene vil også kunne anvendes hos sykepleiere på sykehus, sykehjem og hospice, da den palliative behandlingen består av de samme grunnprinsippene. Litteraturstudien fokuserer på hjemmesykepleie da dette er et felt som stadig er i utvikling, og krever mer fra sykepleierne.

1.2 Sykepleiefaglig relevans

Sentralt i all palliativ omsorg er å forebygge og redusere smerte og lidelse (Birkeland og Flovik, 2018). Sykepleierne i hjemmesykepleien er ofte de som i større grad blir involvert i den døendes og de pårørendes situasjon. Det viser seg at pasienter ofte blir raskt

ferdigbehandlet på sykehus, og det kommunale tilbudet skal da dekke pasientens og pårørendes ulike behov (Hanssen et al., 2015). Sykepleiers sentrale funksjoner i palliativ behandling i hjemmet omfatter ofte vurdering av smerte, håndtering og administrering av legemidler (Birkeland og Flovik, 2018). I tillegg må sykepleier ha gode kunnskaper og ferdigheter til å observere, vurdere virkningen og bivirkningen av legemidlene som blir gitt. Sykepleierne må ha en helhetlig tilnærming til pasienten i palliativ fase, og legge til rette for at den siste tiden blir god og meningsfull for pasienten. Det er ønskelig at den sistnevnte ikke overskygges av smerte og andre fremtredende symptomer. Hvordan pasient og pårørende blir møtt av sykepleier den siste tiden er avgjørende for opplevelsen av omsorgen (Hanssen et al., 2015).

2.0 Bakgrunn

2.1 Palliasjon

Cicely Saunders anses å være grunnleggeren av moderne palliasjon (Hanssen et al., 2015). Hun formulerte det ideologiske konseptet «Total pain», som er et uttrykk for sykdommens påvirkning på alle livsområder (Aakre, 2018). Det omfatter tap av identitet, livsinnhold og helse. Smerteerfaring dreier seg ikke kun om fysiske plager, men er ofte sammensatt av flere elementer. Pasienten som ligger for døden kan føle på ensomhet, dødsangst, håpløshet, meningsløshet og forverring av sykdommen. Helhetlig lindring vil derfor være nødvendig.

Palliativ behandling er en tilnæringsmåte som har til hensikt å forbedre livskvaliteten til pasienten og pårørende i møte med livstruende sykdom (Hanssen et al., 2015). Dette er lindrende behandling som hverken skal fremskynde døden eller forlenge livet. Tiltak rettes mot plagsomme symptomer og psykiske-, sosiale-, åndelige- og eksistensielle problemer (Helsedirektoratet, 2013). Grunnleggende palliasjon handler om at alvorlig syke og døende pasienter skal bli møtt med respekt, trygghet, omsorg og behandling (Hanssen et al., 2015).

2.2 God sykepleie ved palliasjon

En sykepleier utøver daglig en jobb med forskjellige funksjoner (Kristoffersen, Nortvedt og Skaug, 2005). Det mest sentrale en sykepleier gjør er å ivareta pasientens grunnleggende behov, i tillegg til å ivareta pasientens opplevelse og reaksjon på sin egen sykdomstilstand. Som sykepleier er det viktig å huske at det alltid er pasientens helsetilstand som står i fokus. Sykepleie er først og fremst pleie av den syke, altså praktisk omsorg for den som lever med sykdom, truende sykdom eller ettervirkninger av sykdom. I utførelsen av sykepleiehandlinger er det sentralt og viktig å ha et godt klinisk blikk, og dermed utføre god klinisk sykepleie. God klinisk sykepleie er knyttet til læren om sykdommens forløp og symptomatologi (Grønseth, 2011). Det kliniske blikket hos en sykepleier skal være til hjelp for å forstå den sykes tilstand og plager, og på dette grunnlaget bidra til lindring og restitusjon.

Det moralske aspektet ved klinisk sykepleie omfatter de etiske prinsippene velgjørenhet og ikke skade, autonomi, rettferdighet og barmhjertighet (Grønseth, 2011). Disse aspektene er svært viktige i den praktiske utførelsen av klinisk sykepleie. Dette oppfyller kravet om faglig

forsvarlig og kunnskapsbasert praksis. Sykepleiere har et selvstendig ansvar for å holde seg oppdatert, og til enhver tid yte den beste sykepleien ut fra fagets kunnskapsgrunnlag (Helsepersonelloven, 1999). Palliativ behandling utføres på alle nivåer i helsevesenet (Helsedirektoratet, 2015). I Helsepersonelloven (1999) § 5 står det skrevet; «*Helsepersonell kan i sin virksomhet overlate bestemte oppgaver til annet personell hvis det er forsvarlig ut fra oppgavens art, personellens kvalifikasjoner og den oppfølgingen som gis*». Med dette menes det at leger kan delegere arbeid videre til sykepleiere, etter relevant opplæring. Sykepleiere må ha oppdaterte kunnskaper for å ivareta en slik oppgave (Blika, 2010).

Et annet sentralt felt innen god sykepleie er sykepleiers omsorgsdimensjon (Grønseth, 2011). Hvilken holdning og omtanke sykepleier har for pasienten er avgjørende for kvaliteten på sykepleien som utføres. Sykepleiere møter pasienter i ulike livssituasjoner, der enhver trenger behandling ut ifra deres individuelle behov og sykdomssituasjon (Kristoffersen, Nortvedt og Skaug, 2005). I noen av disse møtene kan det dreie seg om pasienter i palliativ fase. Det vil da være fastsatte prinsipper sykepleier skal følge (Hanssen et al., 2015).

2.3 Palliativ pleie til hjemmeboende pasienter

Forskning viser at et flertall av befolkningen ønsker å avslutte livet i hjemmet, men faktorer som tid, ressurser og samhandling er avgjørende for om dette lar seg gjøre (Hanssen et al., 2015). På landsbasis er det under 15 % som velger dette (Birkeland og Flovik, 2018). Tjenestetilbudet for denne pasientgruppen er bygd opp i løpet av de siste 15-20 årene, og er derfor et område i stadig utvikling. Kommunehelsetjenesten har fått en sentral rolle når det gjelder palliativ behandling for hjemmeboende. Om pasienten og pårørende velger palliativ behandling i hjemmet avhenger det av hva som oppleves trygt for dem (Hanssen et al., 2015). For å skape en trygg hjemmesituasjon er det viktig med en behandlingsplan, fagpersoner med kompetanse, mulighet for rådføring fra spesialisthelsetjenesten og god samhandling mellom tjenesteyterne. Å skape trygghet for pasienten hele døgnet avhenger av kompetanse og fleksibilitet i hjemmesykepleien. For at dette skal kunne gjennomføres må det være mulig å lage en tilpasset spesialturnus for den døende pasienten, og at ressurspersoner kan brukes på tvers av soner og turnuser. I enkelte kommuner kan dette være utfordrende, da det kan være mangel på kompetanse. I studien av Wallerstedt og Andershed (2007) ble sykepleieres

opplevelse av å gi palliativ behandling undersøkt. Deres hovedoppfatning var at god kunnskap var nødvendig for at de kunne yte best mulig pleie til pasienten.

Bruk av palliativ team er et av hovedtiltakene i palliativ behandling (Hanssen et al., 2015). Dette er et tverrfaglig samarbeid mellom flere yrkesgrupper. Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon fastslår at optimal palliasjon forutsetter at hele personalet har nødvendig og relevant faglig kompetanse (Grov og Landmark, 2018). Yrkesgruppene dette omfatter er leger, sykepleiere, fysioterapeut, ernæringsfysiolog, sosionom, åndelige ledere og psykolog. Tverrfaglig samarbeid blir ofte sett på som et suksesskriterium i palliativ behandling. Å sette felles behandlingsmål sammen med pasienten, pårørende og de ulike profesjonene er et eksempel på hvordan dette samarbeidet fungerer. Pasienten mottar god behandling når tjenesteyterne er nære, og pasienten selv er deltakende i beslutninger. Om grensene mellom de ulike behandlingsnivåene er fleksible fører dette til optimalt samarbeid, innovasjon og god samhandling når pasienten er hjemmeboende. Sykepleierens oppgave i et palliativt samarbeid er blant annet å gjøre gode observasjoner av pasienten, og rapportere videre (Grov og Landmark, 2018).

Liverpool Care Pathway for care of the dying Patient (LCP) er et standardisert pasientforløp som har vært brukt i Norge siden 2006 (Hanssen et al., 2015). Dette er en tiltaksplan som skal forbedre omsorgen til pasienten og deres pårørende. Den inneholder blant annet en strukturert tiltaksplan for selve terminalfasen. Brattgjerd og Olsen (2016) har undersøkt sykepleieres erfaringer med bruk av LCP. Informantene beskrev at LCP bidro til god omsorg ved livets slutt. De trakk fram at verktøyet gjorde det enklere å være i forkant, spesielt knyttet til medikamentell behandling. En utfordring ved LCP var derimot at sykepleierne mente det var vanskelig å oppnå kontinuitet i samarbeid med lege.

2.4 Smertelindring

Smerte blir i dagligtalen omtalt som en opplevelse og en erfaring, og det finnes ulike syn på hva smerte faktisk er (Nortvedt og Nortvedt, 2018). Hjemmeboende pasienter med et sammensatt sykdomsbilde er ofte preget av symptomer som varierer over tid og endrer seg raskt (Momen et al., 2012). Smerte- og symptomlindring for hjemmeboende pasienter er et viktig arbeidsområde for sykepleiere som må vurdere behovet til en pasient i palliativ fase

(Wilson et al., 2015). Smerte er et subjektivt fenomen, som gjør det utfordrende for sykepleiere å vurdere smerteintensitet hos pasienter (Gibbins et al., 2013). Dessverre er det slik at mange pasienter ikke får dekket sitt behov for smertelindring, og dette kan resultere i unødvendig lidelse (Nortvedt og Nortvedt, 2018). Tidlig i sykdomsforløpet er det viktig å rette behandlingen mot smertens årsak. Den medikamentelle smertebehandlingen blir viktigere lengre ut i forløpet (Den norske legeforening, 2009). For god kvalitet i smertelindring anbefaler American Pain Society hyppige vurderinger og revurderinger på hvordan pasienter responderer på smertelindringen (Ishikawa et al., 2007). Utfordrende områder sykepleier står overfor er blant annet å vurdere smerteintensitet og pasientens respons på smertelindring (Wilson et al., 2015). I tillegg til begrensede kunnskaper og erfaringer med relevant medikamentell behandling, og mangel på ressurser.

En del av den palliative behandlingen er den medikamentelle behandlingen. Symptomer som smerte, dyspne, angst, uro, surkling og kvalme er de vanligste hos døende, uavhengig av hvilken diagnose pasienten har (Iversen, 2018). Både internasjonalt og i Norge er det utarbeidet behandlingsformer for lindring i livets slutfase med de samme behandlingsanbefalingene. Kort oppsummert omfatter disse anbefalingene følgende medikamenter: Morfin, et opioidanalgetikum mot smerte og dyspne, Midazolam som går under legemiddelgruppen benzodiazepiner mot angst og uro, Haldol som er et antipsykotikum mot uro, agitasjon, delir og kvalme, og Robinul, et antikolinergikum mot surkling i luftveiene (Felleskatalogen, 2018). Anbefalt administrering er gjennom en subkutan fastliggende kanyle. Administrering varierer fra sted til sted, og det anbefales derfor å forholde seg til rutineene som er utarbeidet på arbeidsplassen.

2.5 Hensikt

Hensikten med denne litteraturstudien er å undersøke hvilke smertelindrende tiltak i palliativ behandling sykepleier kan gjennomføre for hjemmeboende pasienter. Sykepleieren har ansvaret for pasientens omsorg, og har en viktig oppgave med å observere pasientens smerter og hva som lindrer. Temaet er aktuelt da stadig flere har et ønske om å avslutte livet i hjemmet. Dette gir et større ansvar til kommunehelsetjenesten, og det krever kunnskap, tid og ressurser for å gjennomføre. Samtidig skal pasientens ønsker og behov oppfylles.

2.6 Problemstilling

Hvilke smertelindrende tiltak utgjør god sykepleie for hjemmeboende pasienter i palliativ fase?

3.0 Metode

3.1 Litteraturstudie som metode

“En litteraturstudie er en studie som systematiserer kunnskap fra skriftlige kilder”

(Thidemann, 2015, s.79). Dette innebærer en kritisk gjennomgang av samlet litteratur, som til slutt skal forbindes til en helhet (Thidemann, 2015). Bacheloroppgaven er en litteraturstudie hvor hensikten er å gi en god forståelse på oppdaterte kunnskaper på området problemstillingen etterspør. I tillegg til hvordan man har kommet fram til kunnskapen som blir presentert. Denne bacheloroppgaven skal gi et innblikk i smertelindrende tiltak i palliativ fase hos hjemmeboende pasienter. Fordelen med en litteraturstudie er at den gir et teoretisk perspektiv og en grunnmur (Øvern, 2014). Svakheter ved studien kan være at man ikke alltid får frem egne vinklinger, og at det er blitt tatt i bruk vinklinger fra sekundærdata som allerede har forskning på valgte temaer.

3.2 Søkestrategi

Før søkeprosessen startet ble det utarbeidet relevante søkeord som belyser problemstillingen. Valg av søkeord ble i utgangspunktet hentet fra problemstillingen og hensikten med oppgaven. Det var noe utfordrende å finne mesh-terms for “hjemmesykepleie”, da det var flere begrep som ble brukt for dette. Databaser som har blitt benyttet for et grundig og strukturert søk er Medline Ovid, SveMed+ og PubMed (Medline). Grundig søkestrategi er presentert i tabellen nedenfor for skille funn av artikler. For å spesifisere funn av artikler opp mot inklusjonskriteriene, som er presentert under punkt 3.3, har aktuelle søkeord blitt kombinert for å skille mellom forskjellige emner og varianter. For hvert enkelt artikkelsøk ble utgivelsen begrenset til 15 år tilbake i tid, men inkluderte artikler er fra år 2006 til 2013. Grunnen til begrensningen på 15 år var at begrensning på 5-10 år tilbake i tid ga for få resultater. Ved søketreff på over 50 artikler ble flere søkeord kombinert for å spesifisere søket. Valg av artikler er basert på overskrifter og sammendrag, som har sykepleiefaglig relevans og er egnet for besvarelsen av litteraturstudien.

3.2.1 Impact of an educational program on pain management in patients with cancer living at home

| Søkeord | Database | Kombinasjon | Antall |
|---|--------------|------------------------|--------|
| 1 Nursing 2 Palliative Care 3 Pain 4 Community Health Services | Medline Ovid | 1 AND 2 AND 3 AND 4 | 15 |

3.2.2 The palliative medication kit: an effective of extending care in the home for patients nearing death

| Søkeord | Database | Kombinasjon | Antall |
|--|--------------|------------------------------|--------|
| 1 Palliative Care 2 Terminal Care 3 Community Health Services 4 Pain 5 Analgesics, Opioid/ | Medline Ovid | 1 AND 2 AND 3 AND 4 AND 5 | 19 |

3.2.3 Nurse-physician collaboration in pain management for terminally ill cancer patients treated at home in Japan

| Søkeord | Database | Kombinasjon | Antall |
|---|------------------|---|--------|
| 1 Nursing 2 Home Care Service 3 Nurses Role 4 Patient Care 5 Palliative Care 6 Methods 7 Pain | PubMed (Medline) | 1 AND 2 AND 3 AND 4 AND 5 AND 6 AND 7 | 11 |

3.3.4 Sykepleiers bruk av Edmonton Symptom Assessment Scale (ESAS)

| Søkeord | Database | Kombinasjon | Antall |
|---|----------|-------------|--------|
| 1 Palliative care 2 Nursing assessment | SveMed + | 1 AND 2 | 13 |

3.2.5 Reduction in Symptoms for Homebound Patients Receiving Home-Based Primary and Palliative Care

| Søkeord | Database | Kombinasjon | Antall |
|--|--------------|---------------|--------|
| 1 Palliative Care 2 Community Health Services 3 Symptom Assessment | Medline Ovid | 1 AND 2 AND 3 | 6 |

3.2.6 Providing palliative care for cancer patients: The view and exposure of Community general Practitioners and District nurses in Japan.

| Søkeord | Database | Kombinasjon | Antall |
|--|--------------|---------------|--------|
| 1 Palliative Care 2 Pain Management 3 Home Care Services | Medline Ovid | 1 AND 2 AND 3 | 43 |

3.3 Kritisk vurdering og kvalitetssikring av utvalgte artikler

Ved å definere inklusjons- og eksklusjonskriterier tydeliggjøres litteratursøket som gjennomføres, og avgrensers mengden litteratur (Thidemann, 2015). Dette bidrar til å gjøre søket mer hensiktsmessig og relevant ut ifra det man ønsker å oppdage av kunnskap.

Inklusjonskriterier:

- Artikler som benytter IMRaD-struktur
- Artikler som er publisert i og etter 2006
- Artikler som er fagfellevurdert
- Artikler som belyser problemstillingen
- Artikler hvor sykepleiere er utvalgt som respondenter
- Artikler som inkluderer bruk av kartleggingsverktøy, vurderinger, medikamentell behandling, smertekontroll, kommunikasjon blant helsepersonell- og pasient og kunnskaper blant sykepleiere
- Artikler som omhandler smertelindrende tiltak for pasienter i palliativ fase i kommunehelsetjenesten

Eksklusjonskriterier:

- Artikler som er utgitt før 2006
- Artikler som er basert på smertebehandling i spesialisthelsetjenesten
- Artikler som er basert på palliativ pleie i spesialisthelsetjenesten
- Pasienter i palliativ fase med demens

For å underbygge “god sykepleie”, var utvalg av studier som inkluderte sykepleiere som respondenter relevant og høyt ønskelig. Utgangspunktet for alle artikler var studier som omhandler sykepleie til hjemmeboende pasienter. Kommunehelsetjenesten ble inkludert som et inklusjonskriteriene, da en av studiene omhandler tiltak som utføres på sykehjem.

Ifølge Forsberg og Wengström (2012) er det et krav til at vitenskapelige artikler viser til etiske overveielser. Forskningsetikk var ikke nevnt i inklusjonskriteriene fordi to av artiklene ikke presenterer etiske overveielser i sine studier. Etiske overveielser presenteres detaljert i punkt 5.8. Et kriterium for bruk av vitenskapelige artikler er at de må være fagfellevurdert. Et annet kriterium, som også kan være en indikasjon på at vitenskapelige artikler er

fagfelleurdert, er at den følger et bestemt oppsett slik som IMRaD-struktur (Reinar og Kornør, 2007).

En vitenskapelig artikkel er fagfelleurdert etter den er lest, vurdert og godkjent av andre forskere innenfor det aktuelle fagområdet før den publiseres i et vitenskapelig tidsskrift (Kildekompasset, 2015). Kvalitetssikring av artikler ble gjort ved å undersøke om tidsskriftet var indeksert i et register over vitenskapelige publiseringskanaler. Norsk senter for forskningsdata (NSD) er et nasjonalt arkiv for forskningsdata (Norsk senter for forskningsdata, 2017). NSD inneholder et register over publiseringskanaler, og dette registeret er delt inn i to publiseringsnivåer: nivå 1 og nivå 2, hvor nivå 2 er høyest rangering for anerkjennelse på kvalitet. For å kvalitetssikre enhver artikkel ble det derfor undersøkt om artiklene var «peer review» i det vitenskapelige tidsskriftet artiklene var publisert i.

I utførelsen av arbeidet med kritisk vurdering gjennomgikk de utvalgte artiklene en sjekklister fra Helsebiblioteket.no (2016). Sjekklister for kritisk vurdering er et pedagogisk verktøy av vitenskapelige studier (Helsebiblioteket, 2016). I første ledd av kritisk vurdering er det to overordnede spørsmål som må stilles om artikkelen: om den har en formulert problemstilling, og om den er velegnet for å svare på problemstillingen. De ulike søkeordene og kombinasjonene ga til sammen 83 studier. Av disse ble 12 studier undersøkt via sjekklisten, og seks ble inkludert ved grundig undersøkelse, og på bakgrunn av at viktige elementer belyser problemstillingen.

Å foreta en kvalitetsvurdering av vitenskapelige artikler krever kunnskap om forskningsmetode generelt, og da spesielt om metodene i de inkluderte artiklene (Thidemann, 2015). Ved valg av metode kan det være fordelaktig å finne både kvalitative og kvantitative studier for å fullstendig gjøre problemstillingen. Kvantitativ forskningsmetode gir resultater med harde og objektive data som gir eksakt faktakunnskap, og som blir betraktet som pålitelige resultater. Resultater fra slike studier vil føre til at veien fra forskning til klinisk praksis virker uproblematisk og kort (Hofstad, 2009). Dersom metoden benyttes for å styrke evidensbasert praksis kan det by på utfordringer blant sykepleiere når den logiske sansen blir satt til side. I realistiske situasjoner vil man følge en ordenssans som ikke nødvendigvis er det forskningen støtter, men ut ifra sammenheng og logikk. De seks inkluderte artiklene i litteraturstudien bygger på forskning som har benyttet kvantitativ metode. Henviser til punkt 5.7 for detaljert forklaring.

3.4 Analyse av resultater

Ved å analysere resultater fra studiene valgte vi å utføre en innholdsanalyse for å systematisere og identifisere temaer (Forsberg og Wengström, 2012). Dette ble gjort ved å lese nøye igjennom innholdet i artiklene, slik at man kan kategorisere gjentakende resultater, som danner grunnlaget for besvarelsen i drøftingen.

Palliasjonens- og hospicebevegelsens mor, Cicely Saunders, mente at effektiv smertelindring styrer fysiske, psykologiske, sosiale og åndelige dimensjoner, og utgjør den totale smerteopplevelsen (Mehta og Chan, 2008). Ifølge norske strategidokumenter rettes fokuset mot å sikre kvalitet i den palliative behandlingen ved å inkludere palliativ behandling i eksisterende helsetjenester, som sykehjem, sykehus, hjemmesykepleie eller hos fastlege (Trier, 2017). Hospicefilosofien kan virkeliggjøres uavhengig av sted da den gir helhetlig omsorg. Etter arbeidet med analyseringen av artiklene i litteraturstudien har vi kommet frem til seks områder som anses som relevant for valgt problemstilling:

1. Sykepleieres veiledende og undervisende funksjon i kunnskaper om smertelindring
2. Sykepleiers bruk av kartleggingsverktøy for observasjon og oppfølging
3. Sykepleiers bruk av tverrfaglig samhandlingskompetanse
4. Sykepleiers funksjonsområde i samhandling med pasient og pårørende ved smertelindring i hjemmet
5. Bruk av tid og ressurser blant sykepleiere hos hjemmeboende pasienter i palliativ fase
6. Hjemmebaserte smertelindrende tiltak for å unngå sykehusinnleggelse

4.0 Resultatpresentasjon

4.1 Litteraturmatrise

4.1.1 Artikkel 1

| | |
|--|--|
| Forfatter (e), Publiseringsår, tidsskrift, land | Aubin, M., Vezina, L., Parent, R., Fillion, L., Allard, P., Bergeron, R., Dumont, S. og Giguère, A. 2006 Oncology Nursing Forum Canada |
| Tittel | Impact of an educational program on pain management in patients with cancer living at home |
| Hensikt med studien | Vurdere effekten av et opplæringsprogram om smertelindring for hjemmeboende pasienter med en avansert kreftdiagnose. |
| Metode | Kvantitativ intervensjonsstudie. Fire helse- og omsorgssenter ble inkludert i studien. To av sentrene var i intervensjonsgruppen, mens to sentre var i kontrollgruppen og mottok standard behandling. Pasientene i intervensjonsgruppen fikk opplæring av sykepleierne i hjemmesykepleien. Opplæringen besto av prinsipper angående smertevurdering og smertelindring, opioider og farmakologiske behandlingsprinsipper. I tillegg fikk pasientene se en video om smertebehandling med opioider, og de fikk utdelt et informasjonshefte. Deltakerne fikk en smertedagbok, der de daglig skulle rapportere om smerteintensitet på en skala fra 0-5, der 0 indikerte ingen smerte, mens 5 indikerte uutholdelig smerte. |
| Utvalg/populasjon | 80 deltakere, hvor 53 var i intervensjonsgruppen og 27 i kontrollgruppen. |
| Resultater | Ved studiens start var det ingen forskjeller mellom intervensjonsgruppen og kontrollgruppen. Men det var en tendens til at kontrollgruppen hadde brukt sterke smertestillende medikamenter, som opioider og NSAIDs, i en lengre periode enn intervensjonsgruppen. Seks uker etter studiens start var det en signifikant nedgang i gjennomsnittlig og maksimal smerteintensitet i intervensjonsgruppen, men ikke i kontrollgruppen. Deltakerne i intervensjonsgruppen hadde også endret oppfatning på bruk av opioidpreparater for smertelindring. |
| Etiske overveielser | Godkjent av the Laval Hospital Research Ethics Committee. |

4.1.2 Artikkel 2

| | |
|--|--|
| Forfatter (e), Publiseringsår, tidsskrift, land | Wowchuk, S.M., Wilson, E.A., Embleton, L., Garcia, M., Harlos, M. og Chochinov H.M. 2009 Journal of Palliative Medicine Canada |
| Tittel | The palliative medication kit: an effective way of extending care in the home for patients nearing death |
| Hensikt med studien | Undersøke om plassering av et medisinsk skrin i hjemmet til pasienter i palliativ fase, vil bidra til: å forlenge behandlingstiden i hjemmet ved å administrere adekvate medikamenter, unngå akuttinnleggelser på sykehus, og bedre symptomkontrollen gjennom akutt tilgjengelighet. |
| Metode | Kvantitativ metode. Datainnsamlingskjemaer ble utarbeidet for å overvåke symptomer hos pasientene, og medikamentene som ble brukt. Sykepleierne ble bedt om å fullføre en datainnsamling fra hver gang de benyttet det medisinske skrinet, og å sende inn utfylte skjemaer til det palliative omsorgsprogrammet for datainnsamling og analyse. |
| Utvalg/populasjon | 293 medisinske skrin ble plassert i hjemmet til pasienter som mottok palliativ behandling. Skrinet inneholdt følgende medikamenter: Morfin, Hydromorfon, Methotrimeprazine, Lorazepam og Scopolamine transdermal gel. Studien kartlegger antall medisinske skrin som blir plassert og brukt i pasientenes hjem, og forekomsten av hjemmedød i disse forholdene. Gjennomsnittsalderen blant pasientene var 70,3 år, og 43,7 % av pasientene var kvinner. Pasientene i denne studien var alle under palliativ behandling. |
| Resultater | Gjennomsnittlig overlevelse fra det medisinske skrinet ble åpnet, til pasienten døde var 4,54 dager. 88 % av pasientene døde i hjemmet, 10 % i en palliativ omsorgsenhet og 1% i en akuttsituasjon. Implementeringen av det medisinske skrinet ga en ro, og en lettet situasjon for pasienten og pårørende ved å vite at medikamentene var lett tilgjengelig. I tillegg forlenget det behandlingstiden i hjemmet, og akuttinnleggelser på sykehus, hospice eller sykehjem ble stort sett unngått. Det at 88 % av pasientene i studien døde hjemme, viser at bruken av det medisinske skrinet kunne bidra til å støtte og lette pasientens ønske om å dø i hjemmet. |
| Etiske overveielser | Prosjektet var godkjent av Winnipeg Regional Health Authority (WRHA) Palliative Care Program. |

4.1.3 Artikkel 3

| | |
|--|---|
| Forfatter (e), Publiseringsår, tidsskrift, land | Ishikawa, H., Kawagoe, K., Kashiwagi, M. og Yano, E. 2007 Journal of Palliative Care Japan |
| Tittel | Nurse-physician collaboration in pain management for terminally ill cancer patients treated at home in Japan |
| Hensikt med studien | Belyse hvordan leger samarbeider med sykepleiere i hjemmesykepleien når det gjelder smertelindring for terminale kreftpasienter. I tillegg ble det undersøkt om sykepleiere administrere pasientens smertebehandling basert på deres egen vurdering, men under enighet og avtale med lege. |
| Metode | Kvantitativ metode. Spørreskjemaer ble sendt ut til ulike helse- og omsorgstjenester som gjennomfører palliativ pleie til hjemmeboende pasienter. |
| Utvalg/populasjon | 177 helse- og omsorgstjenester deltok i studien. De som responderte ble delt inn i to grupper: Sentre med flere enn 10 dødsfall i hjemmet per år og sentre med færre enn 10 dødsfall i hjemmet per år. |
| Resultater | Tiltak for å bedre sykepleiernes forståelse av behandlingen og gjøre samarbeidet med legene bedre, ble gjennomført i mindre enn 1/3 av helse- og omsorgstjenestene. Det var en større tendens til å ha spesielle tiltak for samarbeid ved sentrene som hadde mer enn 10 dødsfall i hjemmet per år. Tiltaket hvor sykepleier administrerte pasientens smertelindring basert på deres egen vurdering, men under enighet og avtale med lege, var generelt lite brukt. Sentrene med flere enn 10 dødsfall i hjemmet per år hadde en høyere brukt. Forskjellen var signifikant høyere hos disse sentrene versus sentrene med færre enn 10 dødsfall i hjemmet (2,41 versus 1,26 p= 0,024). |
| Etiske overveielser | Godkjent og støttet av Health and Labour Science Research Grant for Research on Health Technology Assessment |

4.1.4 Artikkel 4

| | |
|--|---|
| Forfatter (e), Publiseringsår, tidsskrift, land | Myhra C.E. og Grov, E. 2010 Sykepleien Forskning Norge |
| Tittel | Sykepleiers bruk av Edmonton Symptom Assessment Scale (ESAS) |
| Hensikt med studien | Kartlegge sykepleierens bruk av ESAS for pasienter i palliativ fase ved sykehjem. |
| Metode | Kvantitativ metode. Ved presentering av data ble statistisk analyse anvendt. Et strukturert spørreskjema ble utviklet og sendt ut til palliative enheter og sykehjemsavdelinger med senger forbeholdt pasienter i palliativ fase. |
| Utvalg/populasjon | Spørreskjemaet ble sendt ut til 134 sykepleiere ved 18 sykehjemsavdelinger i 18 kommuner. To kommuner trakk seg fra undersøkelsen. 83 sykepleiere ved 16 sykehjem med palliative enheter eller avdelinger med senger forbeholdt til pasienter i palliativ fase ble besvart. |
| Resultater | I besvarelsen av spørreskjemaet var det store likhetstrekk. Forskjellen mellom avdelingstypene var at sykepleiere ved palliative enheter har rutiner, opplæring og tar i bruk ESAS i større grad enn sykepleiere ved avdelinger med senger forbeholdt pasienter i palliativ fase. ESAS som med grafisk skjemaet som kartlegger symptomer over lengre tid, anvendes i liten grad som et systematisk kartleggingsverktøy ved avdelingen forbeholdt pasienter i palliativ fase. 63 % har skriftlige rutiner for bruk av ESAS i palliativ enheter, mens det var kun 17 % på avdelingene med senger forbeholdt pasienter i pasienter i palliativ fase. |
| Etiske overveielser | Etiske overveielser ble ikke presentert i artikkelen, det henvises til punkt 5.8 for grundig analyse av etiske overveielser. |

4.1.5 Artikkel 5

| | |
|--|--|
| Forfatter (e), Publiseringsår, tidsskrift, land | Ornstein, K., Wajnberg, A., Kaye-Kauderer, H., Winkel, G., DeCherrie, L., Zhang, M., og Soriano, T. 2013 Journal of Palliative Medicine USA |
| Tittel | Reduction in Symptoms for Homebound Patients Receiving Home-Based Primary and Palliative Care |
| Hensikt med studien | Vurdere om moderat til alvorlig symptombelastning hos en hjemmeboende pasientgruppe som lider av kronisk sykdom kan reduseres etter å ha fulgt et hjemmebasert primær- og palliativt pleieprogram (HBPC). Kartlegging av symptomer ved hjelp av ESAS. |
| Metode | Kvantitativ metode. Prospektiv longitudinell studie Pasientene i studien mottok et omfattende første hjemmebesøk med vurdering fra en lege, med etterfølgende oppfølging, tverrfaglig omsorgsarbeid og akutt-behandling etter behov. Modeller med gjentatte tiltak for å vurdere smerter og andre symptomer ble tatt i bruk hos pasienter med moderat til alvorlig symptomnivå ved studiestart. Pasientene mottok i tillegg et oppfølgingsintervju per telefon 3 uker, og 12 uker etter studiens oppstart. |
| Utvalg/populasjon | 267 kvalifiserte pasienter som var registrert i et HBPC-program, ble inkludert i studien. Av de 267 pasientene samtykket 140 til et telefonintervju. 19 pasienter ble droppet fra studien innen 30 dager, og 10 døde under studietiden eller flyttet til sykehjem. 10 pasienter nektet å delta, og 88 kunne ikke nås per telefon. Av de 140 pasientene i studien var flertallet over 80 år (73%), og kvinner. |
| Resultater | Studien fant trender til reduksjon når det gjaldt moderate til alvorlige smerter, depresjon, angst, tretthet og tap av appetitt over tid. Mange pasienter gikk fra å oppleve moderate til alvorlige symptomer, til ingen symptomer. ESAS-vurdering viste at reduksjonen i symptomer var signifikant hos pasientene fra oppstart til 3 uker, og fra oppstart til 12 uker etter studiestart. Som forventet var sykdomsbelastningen betydelig og en påvirkende faktor. Pasientene var sterkt svekket funksjonelt og kognitivt. Hele 92 % av pasientene måtte ha assistanse under gjøremål i dagliglivet. |
| Etiske overveielser | Etiske overveielser ble ikke presentert i artikkelen, det henvises til punkt 5.8 for grundig analyse av etiske overveielser. |

4.1.6 Artikkel 6

| | |
|--|---|
| Forfatter (e), Publiseringsår, tidsskrift, land | <p>Yamagishi, A., Morita, T., Miyashita, M., Ichikawa, T., Akizuki, N., Shirahige, Y., Akiyama, M. og Eguchi, K.</p> <p>2012 Journal of Pain and Symptom Management Japan</p> |
| Tittel | <p>Providing palliative care for cancer patients: The view and exposure of Community general Practitioners and District nurses in Japan.</p> |
| Hensikt med studien | <p>Synliggjøre den kliniske tilgjengeligheten til leger og hjemmesykepleien slik at terminale pasienter kan avslutte livet i hjemmet. I tillegg så de på symptomkontroll og mulighet til å gjennomføre prosedyrer i hjemmet, og hvorfor terminale pasienter legges inn på sykehus.</p> |
| Metode | <p>Kvantitativ metode.</p> <p>Denne studien var en kryss-seksjonell spørreundersøkelse, der det ble sendt ut mail til leger og sykepleiere. Dette var et tillegg av en regional intervensjonsstudie, the Outreach Palliative care Trial og Integrated Regional Model Study.</p> |
| Utvalg/populasjon | <p>Undersøkelsen ble utført i fire regioner i Japan med forskjellige palliative omsorgssystemer. For denne undersøkelsen ble det identifisert to grupper som skulle undersøkes: en gruppe med leger og en gruppe med hjemmesykepleiere. 235 leger responderte og 56 sykepleier responderte.</p> |
| Resultater | <p>Studien viste at klinisk tilgjengelighet av leger og hjemmesykepleiere fordelte seg slik: 96 % av hjemmesykepleietjenestene var tilgjengelig hele døgnet, mens 38 % av legetjenestene var tilgjengelig hele døgnet.</p> <p>Opioider per os, og opioider og Haldol subkutant var tilgjengelig i mer enn 80 % av hjemmesykepleietjenestene dersom lege var tilgjengelig. Infusjoner via perifer venekanyle var tilgjengelig for 90 % av hjemmesykepleietjenestene. Mer omfattende prosedyrer var utilgjengelig for mer enn 50 % av lege- og hjemmesykepleietjenestene. De vanligste grunnene til at terminale pasienter ble innlagt på sykehus var at de var en byrde for familien, forandringer i pasientens fysiske tilstand og ukontrollerbare symptomer.</p> |
| Etiske overveielser | <p>Etisk og vitenskapelig validitet av denne studien ble godkjent av det institusjonelle kontrollpanelet.</p> |

4.2 Sammenfatning av resultater

4.2.1 Sykepleiers veiledende og undervisende funksjon i kunnskaper om smertelindring

Aubin, et al. (2006) beskriver i sin studie hvordan sykepleiers opplærende og veiledende funksjon kan være hensiktsmessig for smertelindring hos hjemmeboende pasienter med en avansert kreftdiagnose. Sykepleierne i studien gjennomgikk et opplæringskurs, gitt av leger, for å optimalisere opplæringen de skulle gi til de hjemmeboende pasientene om smertelindring. Denne studien hadde en kontrollgruppe som ikke mottok intervensjonen, for å se om det var noen forskjell i smertelindringen pasientene opplevde. Resultatene viste at seks uker etter oppstart av studien var den gjennomsnittlige smerteintensiteten i intervensjonsgruppen redusert. Det var også en signifikant reduksjon i maksimal smerteintensitet. Derimot sank verken gjennomsnittlig eller maksimal smerteintensitet i kontrollgruppen. Det viste seg at undervisningen sykepleierne ga førte til at pasientene fikk en bedre forståelse av den medikamentelle behandlingen. For at sykepleiere skal gi en bedre forståelse av den medikamentelle behandlingen, trenger sykepleiere selv å ha en forståelse og kunnskaper om opioider, som fører til bedre smertelindring. Opplæringen viste seg å være effektiv for å forbedre overvåkingen og smertelindringen hos pasientene.

I studien til Ishikawa, et al. (2007) fokuseres det på sykepleieres ferdigheter og kunnskaper i å administrere medikamenter til hjemmeboende pasienter i terminal fase. Det ble forsket på om sykepleier kunne administrere pasientens smertebehandling basert på deres egen vurdering, men under en enighet og avtale med lege. I artikkelen kom det fram at dette generelt var lite brukt, men at bruken var signifikant høyere der de hadde hatt flere tilfeller av dødsfall i hjemmet. Legene forklarte også at de kunne benytte seg av denne metoden i samarbeid med sykepleiere med lang arbeidserfaring, som de hadde tillit til.

4.2.2 Sykepleiers bruk av kartleggingsverktøy for observasjon og oppfølging

I studien gjort av Myhra og Grov (2010) ble sykepleiere valgt ut som respondenter. Disse var ansatte ved palliative enheter, og ved sengeposter forbeholdt pasienter i palliativ fase i en sykehjemsavdeling. Bruken av, og meningene om ESAS blant sykepleiere ble kartlagt i studien. Det viste seg å være store likheter i besvarelsen om bruk av ESAS, men studien viste også forskjeller mellom sykepleierne på de forskjellige avdelingene. Forskjellen mellom de to avdelingene gjaldt utarbeidede planer for bruk av ESAS. De ansatte i palliative enheter hadde

i større grad skriftlige rutiner og systematiske opplæringer for bruken av ESAS, mens ved sengeposter ble det rapportert at pasientene var for syke til at ESAS ble systematisk brukt.

Ornstein, et al. (2013) undersøker i sin studie om symptomvurdering og håndteringen av disse gjennom bruk av ESAS. Dette er gjort for å vise mønstre av palliativ symptomkontroll hos hjemmeboende pasienter i palliativ fase. Studien viste at pasienter med moderate til alvorlige symptomer ble symptomfrie ved bruk av ESAS og tettere oppfølging av symptomutvikling.

I Aubin, et al. (2006) fikk pasientene utdelt en smertedagbok for å daglig rapportere smerteintensitet, samt inntak av smertestillende medikamenter. Smerten ble vurdert på en skala fra 0 som tilsa ingen smerte, til 5 som tilsa uutholdelig smerte. Pasienten og pårørende fikk instruksjoner angående smertekontroll, og fikk beskjed om å kontakte sykepleier dersom smerteintensiteten var 3 eller høyere i to sammenhengende dager, eller om tre eller flere doser av opioider per dag ble brukt i to dager etter hverandre. Om pasientens dosering på analgetika ikke hadde blitt justert innen 24 timer skulle pasienten kontakte lege direkte. Smertedagbok som kartleggingsverktøy viste pasientens dokumenterte smerte over en lengre tidsperiode. Studien viste at pasientene som benyttet seg av dette hadde en nedgang på gjennomsnittlig og maksimal smerte. Det ga også helsepersonellet et innblikk i pasientens smerter.

4.2.3 Sykepleiers bruk av tverrfaglig samhandlingskompetanse

Ishikawa, et al. (2007) beskrev samarbeidet mellom sykepleiere og leger når det gjaldt smertelindring for terminale pasienter i hjemmet. Studien viste at geografiske områder hvor dødsfall i hjemmet var mer vanlig, hadde et bedre samarbeid mellom sykepleiere og leger enn i områder hvor dette forekom sjeldnere. Sykepleierne i studien fikk opplæring om palliativ behandling, og om hvordan de skulle samarbeide med leger. Disse tiltakene bidro til å styrke det tverrfaglige samarbeidet mellom yrkesgruppene.

I studien av Ornstein, et al. (2013) ble pasientene behandlet i et Home Based Palliative Care-team (HBPC). Dette teamet var sammensatt av leger, sykepleiere, sosialarbeidere og saksbehandlere som skulle sørge for passende behandling til pasienten. Dette ble gjort ved å

arbeide sammen, mot de samme målene for å tilfredsstille de medisinske og psykologiske behovene hos hjemmeboende pasienter.

Aubin, et al. (2006) skriver i sin studie at sykepleierne fikk en gjennomgang av samarbeid mellom sykepleiere og leger i opplæringskurset de gjennomgikk. Resultatet i studien viste en reduksjon i smerteintensitet, som igjen viser at godt samarbeid mellom sykepleiere og leger er med på å bidra til en reduksjon i smerteintensitet hos hjemmeboende pasienter i palliativ fase.

Yamagishi, et al. (2012) ville i sin studie belyse at sykepleiere var villig til å delta og samarbeide i palliative omsorgstjenester utenom arbeidstid. Dette ble gjort sammen med fastleger som har en sentral funksjon i den palliative behandlingen i hjemmet. I et velfungerende tverrfaglig samarbeid mellom de to yrkesgruppene svarte 80 % av respondentene at tilgjengeligheten på medikamenter som opioider og Haldol var god. Derimot var det kun 20 % av leger og sykepleiere som var positiv til å være tilgjengelig utenom arbeidstiden.

4.2.4 Sykepleiers funksjonsområder i samhandling med pasient og pårørende ved smertelindring i hjemmet

I studien av Wowchuk, et al. (2009) var det ønskelig å støtte pasienters ønske om å dø i en ikke-medisinsk setting, altså i hjemmet. Plasseringen av det medisinske skrinet økte behandlingstiden i hjemmet. At 88 % av pasientene i studien døde i sitt eget hjem, viser at implementering og bruk av det medisinske skrinet var med på å støtte pasientens ønske om å avslutte livet i hjemmet, og bedre situasjonen rundt dette. Lett tilgjengelighet på medikamenter, og på sykepleiere i hjemmesykepleien resulterte i et godt samspill mellom behandlerne, pasienten og de pårørende.

Aubin, et al. (2006) beskriver i sin studie at opplæring om smertelindring til pasientene kunne være effektivt for å forbedre og overvåke smertelindringen hos hjemmeboende pasienter i palliativ fase. Denne typen opplæring ga empowerment til pasientene, som viste seg å ha moderat positiv effekt på smertelindringen.

4.2.5 Bruk av tid og ressurser blant sykepleiere hos hjemmeboende pasienter i palliativ fase

Ifølge Wowchuk, et al. (2009) kan den økende mengden av pasienter i palliativ fase som ønsker å dø hjemme, føre til en økende bekymring rundt helsepersonellens ressurser og tid. Implementeringen av det medisinske skrinet ga lettere tilgjengelighet både for pasienten selv, og sykepleierne i hjemmesykepleien. Dette førte til en effektivisering i smertebehandlingen. Tiltaket virket tidsbesparende for sykepleierne i hjemmesykepleien, og minket bekymringen rundt smertebehandlingen hos pasientene og de pårørende. Implementeringen førte også til mindre akuttinnleggelser av pasientene, som sparer helsepersonell for tidsbruk og bruk av ressurser. Pasienter og pårørende opplevde en trygghet ved å ha tilgang på hjelp i form av hjemmesykepleiere og nødvendige medikamenter til enhver tid. Yamagishi, et al. (2012) finner i sin studie at en av årsakene til innleggelse av terminale pasienter var familiens bekymringer for tilgjengelighet av både leger og sykepleiere.

Pasientene og de pårørende i Yamagishi et al. (2012) følte at de til tider fikk lite eller ufullstendig informasjon fra leger og sykepleiere. I artikkelen til Aubin, et al. (2006) virket opplæringen om smertelindring til pasientene tidsbesparende for sykepleierne ved at pasientene selv administrerte medikamentene når smertene oppstod. I tillegg ble det mindre spørsmål rundt behandlingen fra pasientene da de hadde tilegnet seg mer kunnskap om smertelindring gjennom opplæringen fra sykepleierne.

4.2.6 Hjemmebaserte smertelindrende tiltak for å unngå sykehusinnleggelser

I studien av Yamagishi, et al. (2012) så de på grunner til hvorfor pasienter i terminal fase blir innlagt på sykehus. Den vanligste årsaken var at situasjonen opplevdes som en byrde for familien. Deretter var andre årsaker forandringer i pasientens fysiske tilstand, ukontrollerbare symptomer og delirium. Mindre vanlige årsaker var at familien var bekymret for at lege og hjemmesykepleiere ikke var tilgjengelig og at pasienten og pårørende ikke fikk optimal informasjon fra sykepleiere. Det var avgjørende at sykepleierne hadde god tilgjengelighet på opioider, både oralt og subkutant, for å forhindre sykehusinnleggelse av pasienten. Mer avanserte prosedyrer som drenasje av ascites og tømning av pleuravæske var ikke mulig å gjøre i hjemmet for mer enn 50 % av helsepersonellet, noe som førte til sykehusinnleggelse

hos aktuelle pasienter. I studien ble leger og sykepleiere spurt om de kunne være tilgjengelig for bistand utenom arbeidstiden, det var kun 20 % som var positiv til dette.

Wowchuk, et al. (2009) viser i likhet med Yamagishi, et al. (2012) at implementering av medikamenter i hjemmet var en effektiv måte for å unngå akuttinnleggelser på sykehus. I tillegg bedret det symptomkontrollen i hjemmet.

5.0 Drøfting

5.1 Sykepleiers veiledende og undervisende funksjon i kunnskaper om smertelindring

I litteraturstudien kommer det frem at muligheten for palliativ behandling i hjemmet, i tillegg til en eventuell hjemmedød, er viktig for pasienter i palliativ fase. For å møte behovene til pasienter i palliativ fase, er det som sykepleier nødvendig med kompetanse om grunnsykdommen og om palliasjon (NOU 2017:16). Sykepleiers kunnskapsnivå, i tillegg til deres undervisende og veiledende funksjon, er sentrale faktorer i forhold til smertelindring til pasienter i palliativ fase i hjemmet. Helsepersonelloven (1999) § 4 dreier det seg om forsvarlighet. Det blir tatt opp hvilke krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som forventes fra helsepersonellets kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig. Ifølge Den norske legeforening (2009) er det to forutsetninger for smertelindring som betraktes som de viktigste (Berntzen, Danielsen og Almås, 2011). Den første forutsetningen er at hovedmålet med smertebehandlingen er klart for alle som deltar i behandlingsprosessen. Den andre forutsetningen er at behandlerne har tilstrekkelig kunnskap om bivirkningene av behandlingen. I tillegg skal de vite hvordan disse kan forebygges og behandles.

Forskning bør danne grunnlaget for klinisk praksis, dette gjelder også for palliasjon (NOU 2017:16). Kvalitet og mengde av klinisk forskning innen palliasjon er ikke tilstrekkelig, og det er dette som skal danne grunnlaget for de nasjonale retningslinjene. Smerteforskning har gitt økte kunnskaper om smerte, og behandlingsmetoder som tidligere var lite brukt, brukes i dag hyppigere (Berntzen, Danielsen og Almås, 2011). For at sykepleiere skal kunne ta i bruk denne kunnskapen, kreves det at man kan vurdere bruken av forskningslitteraturen. Ved bruk av forskningsbasert kunnskap i sykepleiepraksis kan tilfeldig og vilkårlig praksis reduseres. I tillegg vil man lettere kunne argumentere faglig for de handlingene man gjør. Når det gjelder smertelindring fungerer ikke dette alltid tilfredsstillende for pasienten. Dette til tross for at sykepleier har gode kunnskaper. Det er derfor viktig at sykepleier er klar over vitenskapelige årsaksforklaringer på smerter og smertelindring som kan øke forståelsen av pasientens smerter, og føre til målrettede smertelindrende handlinger.

I studien gjort av Molnes (2014) beskrev sykepleierne at de har et sterkt ønske om faglig oppdatering. De etterlyste fagutvikling på arbeidsplassen og opplevde lite kursvirksomhet når

det gjaldt smertelindring til hjemmeboende kreftpasienter. Den grunnleggende kompetansen i lindrende behandling i hjemmesykepleien og hos fastleger varierer (Hanssen et al, 2015). Tiltak for å styrke sykepleiers kunnskapsnivå gjennomføres i studien av Aubin, et al. (2006). Opplæringsprogrammene som sykepleierne gjennomgikk førte til en nedgang i smerteintensitet hos pasientene, og viste dermed en forbedring av smertelindringen. Sykepleierne i studien mente at opplæringsprogrammet var spesielt effektivt på pasienters oppfatning av opioider. Dette gjaldt særlig hos de pasientene som tidligere var motvillig til å bruke det. Grunnmuren i dette tiltaket er nettopp viktigheten av faglig kompetanse hos sykepleiere som videreføres til pasientene.

I studien av Ishikawa, et al. (2007) uttrykker legene en bekymring angående sykepleiernes kunnskapsnivå og vurderingsevne når det gjelder smertelindring. Noen av legene mente at de kunne brukt erfarne sykepleiere til å administrere pasientens smertebehandling basert på egen vurdering, under enighet og avtale med lege. Dette med tanke på at det medisinske ansvaret ligger hos legen. Det er tydelig at legene opplevde hull i sykepleiernes kunnskapsnivå når det gjaldt palliativ- og smertelindrende behandling. I tillegg til tiltak som opplæringsprogram, slik det forklares i Aubin, et al. (2006), finnes det også videreutdanninger innen palliativ pleie. Dette foreslås som et tiltak for å bedre kunnskapsnivået hos sykepleierne i Ishikawa, et al. (2007). Sykepleiere har behov for generell kompetanse innen palliasjon (NOU 2017:16). Denne kompetansen bør sykepleiere få gjennom grunnutdanningen. Dersom sykepleiere arbeider ved enheter med behandling og oppfølging av pasienter som trenger palliativ behandling, bør man ha spesialisert kompetanse i palliasjon. Dette gjelder spesielt sykepleiere som arbeider ved palliative enheter eller i palliative team hvor pasientene har komplekse palliative behov. I dag finnes det videreutdanninger innen både kreftsykepleie og palliativ omsorg. Begge videreutdanninger er aktuelle og sentrale for å øke kunnskapsnivået rundt smertelindring hos hjemmeboende pasienter i palliativ fase, i tillegg til kunnskap om helhetlig tilnærming til pasienten (Nord Universitet, 2019).

5.2 Sykepleiers bruk av kartleggingsverktøy for observasjon og oppfølging

Smertepåvirkede pasienter kan være utfordrende både for sykepleiere og for pasienten selv (Nortvedt og Nortvedt, 2018). Smerte i seg selv er en kroppslig og subjektiv erfaring. Det å forholde seg til signaler og uttrykk fra pasienter er et betydelig moralsk ansvar. Individuell

tilnærming er nødvendig da endring i smertebildet kan forekomme i sykdomsforløpet (Helsedirektoratet, 2015). Det kreves systematisk, gjentakende og nøyaktig diagnostikk. For å evaluere behandlingseffekten ved smerteintensitetens karakter og lokalisasjon er det nyttig å bruke kartleggingsverktøy. ESAS er et selvrapporteringskjema som er utviklet for kreftpasienter i palliativ fase, men det har vist seg at det også egner seg til bruk for andre pasientgrupper (Oslo Universitetssykehus, 2016). I Myhra og Grov (2010) var det rapportert at kun 2 av 82 sykepleiere ikke hadde hørt om ESAS. 34 sykepleiere anvende dette i tillegg til andre kartleggingskjemaer i sitt arbeid. Bruk av ulike kartleggingsverktøy kan supplere hverandre når det gjelder beskrivelse av smertens styrke og kvalitet (Berntzen, Danielsen og Almås, 2011).

I Norge er ESAS anbefalt som standard vurderingsverktøy for pasienter som befinner seg i palliativ fase (Bergh et al., 2012). Allmennsykepleie skal ifølge Virginia Henderson være en særegen funksjon bestående i å hjelpe individet, enten det er sykt eller friskt (Thoresen og Dahl, 2016). I tillegg til å utføre de handlinger som bidrar til bedret helse eller til en fredfull død. Ifølge Bergh, et al. (2012) har det vist seg at pasienter som bruker ESAS misforstår terminologien og de numeriske verdiene. Myhra og Grov (2010) beskriver at sykepleier bør ta over utfylling av ESAS dersom pasientens helsetilstand forverrer seg. Derfor mente avdelingen med senger forbeholdt pasienter i palliativ fase at pasientene var for syke til å anvende skjemaet. Når allmenntilstanden er svekket kan det å anvende ESAS være vanskelig, og alternativt bør man bruke et observasjonsskjema hvor man blant annet ser på ansiktsuttrykket til pasienten. Et anvendelig kartleggingsverktøy for dette er Faces pain rating scale (FRS) (Berntzen, Danielsen og Almås, 2011). Ifølge Oslo Universitetssykehus (2016) skal ESAS være lett å anvende og lite tidkrevende. Man er avhengig av at pasienten forstår meningen med innholdet i ESAS, samt at sykepleiere kan tolke svarene.

ESAS er et utgangspunkt for samtale og evaluering av behandlingseffekten (Oslo Universitetssykehus, 2016). I studien gjort av Ornstein, et al. (2013) har ESAS blitt tatt i bruk blant hjemmeboende pasienter i palliativ fase for symptomvurdering. Data fra denne studien tyder på at pasientens symptomkontroll kan lykkes i hjemmet. Vellykket bruk av kartleggingsverktøy vil som tidligere beskrevet være avhengig av pasientens evne til å sette ord på smerten, og plassere det på en skala (Berntzen, Danielsen og Almås, 2011).

I Aubin, et al. (2006) får pasientene utdelt en smertedagbok, slik at de får muligheten til daglig å rapportere smerteintensiteten. Ved å benytte en smertedagbok kan man i tillegg registrere pasientens søvnmønster, mage- og tarmfunksjon, og generelt hvordan pasienten har det (Kreftforeningen, 2019). Dette gir sykepleierne et innblikk i hvordan pasienten faktisk har det, som videre danner grunnlaget for planlegging, iverksetting og evaluering av smertelindring (Aubin et al., 2006). Med smertedagbok dokumenteres smerte over en lengre tidsperiode. Ved smerteintensitet høyere enn 3 på ESAS eller ved inntak av flere doser analgetika per dag fikk pasient og pårørende beskjed om å kontakte sykepleier. Ifølge Berntzen, Danielsen og Almås (2011) er det en generell regel om at pasienten ikke bør ha høyere smerteskår enn 3. Ved dette gis det en ny dose analgetika til pasienten, og det foretas en ny vurdering deretter.

LCP, som nevnes i bakgrunnskapittelet, er en tiltaksplan og dokumentasjonsmetode som bidrar til en felles standard i omsorg og behandling i livets siste dager (Paulsen et al., 2014). Helsedirektoratet har støttet prosjekter der LCP er blitt brukt i kommunehelsetjenesten (Hanssen et al., 2015). I hjemmebaserte tjenester har leger vært positive til LCP, men kompetansen og engasjementet har vært varierende. I det norske fagmiljøet er det derimot ulike oppfatninger om LCP og kritikken rettes mot at det ikke skal brukes dersom kompetansenivået til helsepersonellet ikke er tilstrekkelig. Helsedirektoratet mener at bruken av LCP bør evalueres for å få fram erfaringer og vurdere videre bruk (Hanssen et al., 2015). Utfordringen med LCP i hjemmetjenesten er å vurdere når tiden er inne for å iverksette dette tiltaket, siden fastlegen ikke er tilgjengelig enhver tid (Paulsen et al., 2014). Ved bruk av LCP blir helsepersonell mer oppmerksom på viktige observasjonsområder.

5.3 Sykepleiers bruk av tverrfaglig samhandlingskompetanse

Sykdomsforløpet til palliative pasienter er ofte sammensatt, og flere ulike aktører er involvert (Helsedirektoratet, 2013). God samhandling krever gode og trygge rutiner. Arbeidet med døende i hjemmet medfører utfordringer, spesielt for sykepleierne i hjemmesykepleien som er svært involvert i den døendes og pårørendes situasjon (Birkeland og Flovik, 2018).

Pasientene bør i slike tilfeller ha en primärsykepleier eller en koordinator som koordinerer hjelpen etter pasientens ønske og situasjon. Dette vil skape kontinuitet i helsehjelpen som mottas. Sykepleiere må ha nødvendig kompetanse for å kunne vurdere når det er behov for

andre faggrupper eller når det er behov for annen kompetanse enn man selv har (NOU 2017:16).

I studien av Ishikawa, et al. (2007) ser de spesielt på samarbeidet mellom sykepleiere og leger når det gjelder smertelindring for terminale pasienter i hjemmet. Denne samhandlingen er viktig, men man ser også at flere instanser er involvert. Disse instansene er blant annet palliativt team, smertepoliklinikk og kreftsykepleier både i kommunen og spesialisthelsetjenesten (Birkeland og Flovik, 2018). Bruk av palliativt team kommer også tydelig frem i studien av Ornstein, et al. (2013) hvor pasientene blir behandlet i et hjemmebasert primær- og palliativt pleieprogram. Palliativt team kan være et bindeledd mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten, noe som trekkes frem i Stortingsmelding 26 (Meld. St. 26 (2014-2015)). I hvilken grad teamet deltar i primærhelsetjenesten er ulikt (Tarberg, Kvangarsnes og Hole, 2015). Et slikt team kan være et verktøy for et godt palliativt pasientforløp, og vil i tillegg styrke allmennlegenes stand til å gi effektiv og god palliasjon (Haugen et al., 2006). Ettersom mange parter er involvert i et palliativt team er det viktig å avklare hva de ulike skal bidra med for å optimalisere samhandlingen og pasientens behandling. I mange tilfeller trenger sykepleiere i hjemmesykepleien et tett samarbeid med ansatte på sykehus for å kunne håndtere medisinteknisk utstyr til pasienten. Dette kan blant annet være smertepumper og infusjonsapparat. Et palliativt team har primært en konsulentfunksjon, og vil være de som overtar behandlingsansvaret dersom pasientens tilstand forverres. Når hjemmesykepleien overtar ansvaret for den palliative behandlingen må det være åpenhet og realisme i hvilken hjelp de kan gi, hva andre instanser kan gjøre, og hva som forventes av pårørende (Birkeland og Flovik, 2018).

I studien av Ishiwaka, et al. (2007) ble det undersøkt om sykepleiere administrerte pasientens smertelindring basert på deres egen vurdering, men under avtale med lege. Det viste seg at dette var lite brukt. Denne studien er fra flere år tilbake, og det har skjedd forandringer innen dette feltet. Japan har strenge retningslinjer for utdeling av opioidpreparater, og legene i studien ønsket kun å gi denne oppgaven til sykepleiere de mente hadde tilstrekkelig erfaring innen palliativ behandling. Dette på grunn av at det medisinske ansvaret ligger hos legene. Basert på internasjonale anbefalinger ble en «Just in case box» utviklet i England (Iversen, 2016). Denne brukes for symptomlindring til døende pasienter slik det blir gjort i studien av Wowchuk, et al. (2009). Konseptet ble tatt i bruk i Norge under betegnelsen

«Medikamentskrin for symptomlindring i livets slutfase» (Iversen, 2016). Skrinet inneholder fire medikamenter som er beskrevet tidligere i punkt 2.4. Det skal bidra til at man er i beredskap for å håndtere pasientens plagsomme symptomer, da medikamentene allerede er forordnet. Sykepleier vil oppleve en trygghet i møte med døende pasienter og slipper å kontakte lege. Ved å planlegge på denne måten vil pasienten få tilstrekkelig smertelindring og oppfølging uavhengig av hvor og når behovet oppstår. Medikamentene skal brukes i tråd med vanlige retningslinjer for medikamentell ordinasjon og kontroll. Etter bruk av skrinet skal hjemmesykepleien fylle ut et erfaringskjema. Oppsummerte erfaringer viser at skrinet bidrar til å lindre plagsomme symptomer, medvirker til økt trygghet for alle involverte parter og forhindrer sykehusinnleggelse.

5.4 Sykepleiers funksjonsområder i samhandling med pasient og pårørende ved smertelindring i hjemmet

Det å kunne avslutte livet i sitt eget hjem er for mange pasienter avgjørende for en god og verdig avslutning på livet (Birkeland og Flovik, 2018). For at den siste tiden skal være meningsfull, er det viktig for pasienter i palliativ fase å tilbringe tid med dem de er glad i, gjøre ting de liker og ha håp for fremtiden. For å forlenge behandlingstiden i hjemmet, og muligheten for hjemmedød realiseres er det viktig for pasienten selv, men også de pårørende, at de føler seg trygge og kompetente på oppgavene dette medfører. Mange pårørende ønsker å delta i stell og- omsorgssituasjoner når det gjelder sine kjære, selv om de ikke har erfaring med dette fra tidligere. For at dette skal være gjennomførbart er det viktig at pasient og pårørende har tilgang på nødvendig helse- og omsorgstjenester, teknisk utstyr og hjelpemidler.

Birkeland og Flovik (2018) skriver at de fleste pårørende vil ha behov for opplæring og veiledning, og at involvering og kommunikasjon mellom hjemmesykepleien og familiemedlemmer er viktig. Wowchuk, et al. (2009) oppgir i sin studie at implementering av et medisinsk skrin i hjemmet til pasienter i palliativ fase kan underbygge en trygghetsfølelse hos pasienter og pårørende. Dette kan også bidra til å redusere angst og akuttinnleggelse på sykehus for pasientene. Det medisinske skrinet vil på denne måten være med på å styrke pasienten og pårørendes posisjon i den siste fasen av pasientens liv. Pasienten og pårørende vil ha tilgang på effektive og lett tilgjengelige medikamenter.

Aubin, et al. (2006) viser også i sin studie at pasienten vil oppleve empowerment ved administrering av egen smertelindring. Dette gjøres gjennom opplæring fra sykepleier i hjemmetjenesten, til pasienten, i sitt eget hjem. Sykepleierne gjennomgår et kurs fra leger som omhandler prinsipper om smertevurdering og smertelindring, opioidrelaterte oppfatninger, samarbeid mellom lege og sykepleier, og daværende farmakologiske behandlingsprinsipper. Etter kurset videreførte sykepleierne kunnskapen til pasientene. Intervensjonen til pasientene besto av tre komponenter: undervisningsmateriell, en smertedagbok og retningslinjer for smerteovervåkning. Pasientenes mulighet til å lindre sin egen smerte ville dermed styrkes gjennom økt kunnskap om behandlingen og administrering av medikamenter.

5.5 Bruk av tid og ressurser blant sykepleiere hos hjemmeboende pasienter i palliativ fase

Tilstrekkelig smertelindring er essensielt for at pasienter som ønsker å dø i sitt eget hjem, kan få dette ønske oppfylt og realisert (Aubin et al., 2006) Gjennomføringen av dette øker tidsbruken og bruk av ressurser blant sykepleierne i hjemmesykepleien. Sykepleierne i Molnes (2014) forklarte at de til tider opplevde lav bemanning i forhold til arbeidsmengden. Dette resulterer tidvis i at pasientene ikke fikk den oppfølgingen de trengte. De opplevde mangel på tid til å observere og kartlegge pasientens smerter. Ved bruk av smertedagbok, slik det er gjort i Aubin, et al. (2006), kunne sykepleierne observere og vurdere pasientens smerter uten å være til stede til alle døgnets tider. Pasientene rapporterte daglig sine smerter i en smertedagbok som var lett tilgjengelig for sykepleierne som var på hjemmebesøk.

Birkeland og Flovik (2018) beskriver noen punkter som er vesentlig for at en pasient skal kunne få dø i sitt eget hjem. Noen av disse dreier seg nettopp om tidsbruk og ressurser blant helsepersonell. De skriver at pasientens fysiske pleie - inkludert smertelindring, må bli ivaretatt på en forsvarlig måte (Birkeland og Flovik, 2018). Videre må det være ressurser til omsorg for pårørende, og helsetjenesten må være tilgjengelig hele døgnet. Pasientene og deres pårørende uttrykker i Yamagishi, et al. (2012) en bekymring for at lege eller sykepleier ikke er tilgjengelig, eller at det blir gitt mangelfull og ufullstendig informasjon. Sykepleierne i Molnes (2014) peker videre på behovet for økte ressurser, i form av helsepersonell.

Hos hjemmeboende pasienter, sammenlignet med pasienter som er innlagt på sykehus, er det å vurdere smerteintensitet og pasientens respons på smertelindringen et område med utfordringer (Ishikawa et al., 2007). Pasientene i studien av Wowchuk, et al. (2009) hevder at de hadde bekymringer rundt symptomkontroll i hjemmet. Dette kan være en følge av for liten tilgjengelighet på sykepleiere i hjemmesykepleien. Som igjen kan være grunnen til at flere pasienter valgte å tilbringe livets siste fase på sykehjem eller i hospice, hvor personalet var lettere tilgjengelig. Implementeringen av det medisinske skrinet viste seg å være en gevinst både for pasientene og sykepleierne. Ved lett tilgjengelighet og effektiv behandling med et medisinsk skrin i hjemmet til pasienten sparte sykepleierne tid, og behandlingen kunne igangsettes hurtigere når smertene kom. Det virket også tidsbesparende for sykepleierne i Aubin, et al. (2006) å ha et opplæringskurs til pasientene om palliativ behandling, og smertelindring som førte til mindre spørsmål rundt behandlingen fra pasientene ved hvert besøk.

5.6 Hjemmebaserte smertelindrende tiltak for å unngå sykehusinnleggelseser

Smertelindring bør være høyt prioritert, og det trenger ikke å være en forskjell i den medisinske behandlingen som gis hjemme sammenlignet med den som gis på sykehus (Birkeland og Flovik, 2018). Dersom dette skal gjennomføres forutsettes det at tilretteleggingen er god. Hvis grunnleggende sykepleie og den medikamentelle behandlingen blir ivaretatt i hjemmet, kan det forhindre sykehusinnleggelse, sykehjem eller hospice for pasienten. Dette fremheves også i studien av Wowchuk, et. al (2009). Sykepleierne i Molnes (2014) begrunnet disse type sykehusinnleggelseser med manglende kompetanse, og faglig usikkerhet. Som følge av dette ble noen av pasientene som ønsket å være hjemme, og som kunne fått smertelindring der, innlagt på sykehus i deres siste levetid. Styrking av sykepleiernes kompetanse om smertelindring, og deres funksjon i en palliativ omsorgssituasjon, vil kunne bidra til at flere pasienter i palliativ fase får være hjemme den siste levetiden hvis dette er deres ønske. I tillegg er en løpende dialog med pasient og pårørende om informasjon et viktig tiltak sykepleier utfører. Dette er for at pasient og pårørende skal føle seg trygge på at de mottar den helsehjelpen de trenger i hjemmet. Det er ønskelig med informasjon om sykdommen, prognosen og hvordan behandling skal løses i praksis.

5.7 Metodiske overveielser

For å sikre at utvalgte artikler i denne litteraturstudien omhandlet behandling i hjemmet var dette et av inklusjonskriteriene. En av artiklene undersøkte bruk av ESAS på sykehjem. Denne ble likevel inkludert fordi et slikt kartleggingsverktøy også kan brukes av hjemmesykepleien. At pasientene var i en palliativ fase var også et inklusjonskriterie. En av artiklene studerte deltakere med en avansert kreftdiagnose. Ettersom deltakerne hadde kort forventet levetid og diagnosen var ukurerbar ble denne studien inkludert.

Alle inkluderte artikler er gjennomført ved bruk av kvantitativ metode. Denne metoden brukes for å teste en hypotese, for å finne ut om antagelser fra virkeligheten stemmer med tidligere data (Forsberg og Wengström, 2012). Data som samles inn analyseres og det blir utarbeidet statistikk som viser studiens validitet. Det har betydning for om studien er representativ, noe som øker potensiale for å kunne generalisere studiens resultater til befolkningen. Som nevnt tidligere kan det være fordelaktig å inkludere studier av både kvalitativ og kvantitativ metode. Det kan tenkes at resultatene i denne litteraturstudien hadde vært annerledes om kvalitative studier også hadde vært inkludert. Kvalitativ metode gjennomfører observasjoner i dybden ved å samle inn data som beskrives i tekstform. Resultater fra en kvalitativ studie kan lede til nye hypoteser som videre undersøkes ved kvantitativ metode. Det er derfor sannsynlig at noen av de inkluderte artiklene er videre forskning fra kvalitative studier.

Om resultatet av en studie kan anses å være pålitelig og gyldig er i hovedsak avhengig av studiens eksterne og interne validitet (Forsberg og Wengström, 2012). Inkluderte artikler i denne litteraturstudien har brukt metoder av høy bevisverdi, som styrker resultatenes troverdighet. I en av de inkluderte studiene var det frafall av deltakere. For å kunne generalisere resultatet bør ikke frafallet være for stort. Denne studien ble likevel inkludert, fordi etter frafallet var det fortsatt en stor gruppe deltakere med i studien. Enkelte studier benyttet seg av triangulering, som fører til at forsker ser på samme fenomen på ulike måter eller synsvinkler, for eksempel ved å se på sykepleier og pasientens opplevelse av et fenomen. Dette kan være hensiktsmessig for å belyse flere sider og synspunkter.

Utvalgte artikler er fra Canada, Japan, Norge og USA. Dette er industrielle land, og det kan tenkes at holdninger og verdier gjenspeiler hvordan det er i Norge. Norge, Japan og Canada

er land som ligger i toppsjiktet på listen over verdens beste helsevesen (Elster, 2017). Dette gjør at landene er sammenlignbare. Men det er andre faktorer som ikke gjør landene sammenlignbare. Blant annet USAs helsevesen, som er av dårligere standard enn man kan forvente ut fra landets økonomi (Elster, 2017). Deres helsevesene er i hovedsak drevet og finansiert av private aktører. Det er ingen velferdsordning som gir befolkningen rett på helsetjenester finansiert av staten. Sett bort i fra dette vil det være sannsynlig at kvaliteten på tjenestene er av god kvalitet. Når det gjelder Japans primærhelsetjeneste, er den av lavere kvalitet enn deres spesialisthelsetjeneste (Frich et al., 2008). Dette kan ha forbedret seg de siste årene. På grunn av disse faktorene kan det være mulig at resultatene i litteraturstudien hadde vært annerledes om det kun var inkludert artikler fra land som er like i oppbygning og standard på helsevesen.

Noen av de inkluderte artiklene er fra flere år tilbake og det er mulig at dette kan ha en påvirkning på resultatet. Det ble forsøkt å kun inkludere artikler som hadde problemstillinger som fortsatt er relevant. Det kan trekkes fram at studien av Aubin, et al. (2006) ble inkludert fordi sykepleiers kunnskap og videreformidling av behandlingsprinsipper er like sentralt i dag. Alle artikler, unntatt én, er publisert i internasjonale tidsskrift. En artikkel er publisert i Norge.

5.8 Etiske overveielser

Fire av de seks inkluderte studiene er etisk vurdert. Grunnen til at det ikke var gjennomført en etisk vurdering på to av studiene var muligens fordi studiene var frivillig, og at alle opplysninger ble behandlet konfidensielt og anonymisert i fremstillingen av resultatet. Det var ingen sårbare grupper, og det kan derfor tenkes at utvalget ikke krever etiske overveielser. Metodene som ble brukt i studiene var ikke etisk betent. Alle artikler inkludert i litteraturstudien er fagfellevurdert, og har derfor tatt utgangspunkt i nasjonale retningslinjer hvor tidsskriftet publiseres. Dette ble sikret ved at fagfellevurdering er et av inklusjonskriteriene.

5.9 Muligheter for innovasjon

I NOU (2017:16) trekkes det frem at det satses på palliative tilbud i kreftomsorgen, mens palliative tilbud for indremedisinske sykdommer ikke har vært prioritert. Med satsing på palliative tilbud for indremedisinsk sykdommer vil det inkludere andre pasientgrupper, da det trekkes frem at pasienter med progredierende sykdommer også har behov for denne typen behandling (NOU 2017:16). Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon bygger på retningslinjer og prosedyrer innen kreftomsorgen, men er overførbar til andre pasientgrupper (Helsedirektoratet, 2015). I NOU (2017:16) belyses det at det skal være like palliative tilbud uavhengig av diagnose. Helsepolitikken ønsker å styrke kommunehelsetjenestens rolle i palliativ omsorg (Tarberg, Kvangarsnes og Hole, 2015). Dette er hensiktsmessig fordi dag- og poliklinisk behandling har blitt en normalitet, i tillegg til at pasienter raskt blir utskrivningsklar fra sykehus. Dette fører til at pasientene må behandles videre i kommunehelsetjenesten. De vil da få et større ansvar for flere og sykere pasienter. I St.meld. 47 (2008-2009) fremheves det at aktørene må utvikle en felles forståelse og mål for gode pasientforløp. Hjemmeboende pasienter i palliativ fase har en lovfestet rett til individuell plan og koordinator (Helsedirektoratet, 2018).

I 2014 ble organisasjonen Regional kompetansetjeneste for smerte (ReKS) etablert under avdeling for smertebehandling ved Oslo universitetssykehus (Oslo Universitetssykehus, 2018). ReKS jobber med å bygge kompetanse og spre kunnskap til helsepersonell, pasienter, pårørende og den øvrige allmennheten for å sikre kvaliteten om smerte og smertebehandling. ReKS tilbyr utdanning og kursing innenfor smertebehandling- og lindring. Tverrprofesjonell Videreutdanning i Smerte (TViS) arrangerer hvert år en nettverkssamling med temaer som belyser smerte og smertebehandling (Oslo Universitetssykehus, 2018). TViS jobber med å etablere en egen nettside kalt "Smerteakademiet", som vil inneholde informasjon om ulike smertebehandlingstilbud. Kurs og undervisning vil også være tilgjengelig for helsepersonell på denne nettsiden.

6.0 Konklusjon

Sykepleiere utfører en jobb med flere forskjellige funksjoner, hvor det mest sentrale er å ivareta pasientens grunnleggende behov. Behovet for å unngå smerte inngår under dette og pasienten skal unngå unødig lidelse. Smerte er en subjektiv opplevelse, og smertelindring er derfor utfordrende. I tillegg vil et sammensatt sykdomsbilde preges av symptomer som varierer og endrer seg raskt. Smertelindring er komplekst, og det er flere ulike faktorer som er avgjørende for tilstrekkelig lindring. For å gi ønskelig smertelindring er det ikke nødvendigvis ett enkelt tiltak som gjennomføres, men en kombinasjon av flere ulike tiltak.

For å oppsummere viste det seg at sykepleiers opplæring om smertelindring til pasientene, i tillegg til bruk av smertedagbok, ga en reduksjon i gjennomsnittlig og maksimal smerteintensitet i palliativ fase. Opplæringen ga pasientene en bedre forståelse av den medikamentelle behandlingen, som førte at de fikk et endret syn på bruk av opioider. Dette hadde en positiv effekt på smertelindringen. Sykepleiernes opplærende funksjon og kunnskaper viste seg å ha en sentral funksjon i den palliative behandlingen.

Et medikamentskrin i hjemmet ga god tilgjengelighet på aktuelle legemidler. Dette førte til effektiv behandling av smerter og bedre symptomkontroll. I tillegg opplevde pasienten og pårørende det som positivt å selv ha muligheten til å administrere medikamenter etter opplæring fra sykepleier. Medikamentskrinet kunne bidra til trygghet og ro for pasienten og pårørende i den palliative fasen. Dette var også et godt smertelindrende tiltak for å unngå sykehusinnleggelse, og å oppfylle pasientens ønske om å avslutte livet i hjemmet.

Kartleggingsverktøyet ESAS hadde en hensiktsmessig virkning for å bedre pasientens symptomkontroll. Symptomene ble redusert ved tett oppfølging og hyppig bruk av ESAS. Dette ga sykepleier mulighet til å gjøre gode observasjoner av pasienten. Dette viste seg å være et godt smertelindrende tiltak sykepleiere kunne gjennomføre. Sykepleiers bruk av tverrfaglig samhandlingskompetanse med leger og palliativt team var også en sentral og viktig del for smertelindringen i den palliative behandlingen. De samarbeidet om å jobbe mot et felles mål for pasientens beste. Klinisk tilgjengelighet av leger og sykepleiere i hjemmesykepleien var avgjørende for om pasienten fikk tilstrekkelig smertelindring i hjemmet. Kombinert er alle disse smertelindrende tiltak som viste seg å utgjøre god sykepleie for hjemmeboende pasienter i palliativ fase.

Litteraturliste

Aakre, M. (2018) "The total pain" Hele mennesker og hele liv, *Omsorg: Nordisk tidsskrift for palliativ medisin*, 35(2), s. 17-21.

Aubin, M., Vezina, L., Parent, R., Fillion, L., Allard, P., Bergeron, R., Dumont, S. og Giguère, A. (2006) Impact of an educational program on pain management in patients with cancer living at home, *Oncology Nursing Forum*, 33(6), s. 1183-1188. doi: [10.1188/06.ONF.1183-1188](https://doi.org/10.1188/06.ONF.1183-1188)

Bergh, I., Aass, N., Haugen, D.F., Kaasa, S. og Hjermland, M.J. (2012) Symptom assessment in palliative medicine, *Tidsskrift for Den Norske Lægeforening*, 1(132), s. 18-19. Tilgjengelig fra: <https://tidsskriftet.no/en/2012/01/symptom-assessment-palliative-medicine> (Hentet: 29.04.19)

Berntzen, H., Danielsen, A., og Almås H. (2011) Sykepleie ved smerter, i Grønseth, R. (red). *Klinisk sykepleie 1*. Utgave 4. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 355-398.

Birkeland, A. og Flovik, A.M. (2018) *Sykepleie i hjemmet*. 3. utg. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.

Blika, T.M. (2010) *Kunnskap gir god smertebehandling*. Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/2010/12/kunnskap-gir-god-smertebehandling> (Hentet: 28.02.19)

Brattgjerd, M. og Olsen, R.M. (2016) Omsorg ved livets slutt - En kvalitativ studie av sykepleieres erfaringer med bruk av Liverpool Care Pathway i sykehjem, *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 2(3). Tilgjengelig fra: https://www.idunn.no/tidsskrift_for_omsorgsforskning/2016/03/omsorg_ved_livets_slutt_-_en_kvalitativ_studie_av_sykepleie (Hentet: 01.05.19)

Den norske legeforening (2009) Retningslinjer for smertelindring. Tilgjengelig fra: <http://legeforeningen.no/Emner/Andre-emner/Publikasjoner/Veiledere/Retningslinjer-for-smertelindring/>. (Hentet: 28.02.19)

Elster, K. (2017) Norge på femteplass i helseranking, *NRK*. Tilgjengelig fra: <https://www.nrk.no/urix/norge-pa-femteplass-pa-helseranking-1.13522953> (Hentet: 29.04.19).

Felleskatalogen (2018). Tilgjengelig fra: <https://www.felleskatalogen.no/medisin> (Hentet: 11. mars 2019).

Forsberg, C. og Wengstrøm, Y. (2012) *Att göra systematiska litteraturstudier*. 2.utg. Stockholm: Författarna och Bokförlaget Natur och Kultur.

Frich, J.C., Brubakk, K., Munkeby, B.H., Nilsen, T.S. og Schumacher, A. (2008) *Mellom kultur og høyteknologi*. Tilgjengelig fra: <https://tidsskriftet.no/2008/01/internasjonalmedisin/mellom-kultur-og-hoyteknologi> (Hentet: 29.05.19)

Gibbins, J., Bhatia, R., Forbes, K. og Colette M.R. (2013) What do patients with advanced incurable cancer want from the management for their pain? A qualitative study, *Palliative Medicine*, 28(1), s. 71-78. doi: [10.1177/0269216313486310](https://doi.org/10.1177/0269216313486310)

Granheim, T.H., Raaum, K., Christophersen, K.A. og Dihle, A. (2015) Sykepleieres og studenters kunnskap og holdninger til smerte og smertelindring hos voksne, *Sykepleien*, 10(4), s. 326-334. doi: [10.4220/Sykepleienf.2015.55983](https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2015.55983) (Hentet: 06.03.19)

Grov E.K. og Landmark B. (2018) Samskaping - sentralt for kompetanseutvikling i palliasjon, *Omsorg: Nordisk tidsskrift for palliativ medisin*, 36(1), s. 9-13.

Hanssen, S.B., Mehre, K., Refsdal, K., Svendsen, I. og Wilson, K. (2015) *Rapport om tilbudet til personer med behov for lindrende behandling og omsorg mot livets slutt - å skape liv til dagene*. IS-2278, 02/2015. Oslo. Helsedirektoratet. Tilgjengelig fra: https://www.regjeringen.no/contentassets/a4b45c8f57e741bdbb3bfb32c6b9ef43/rapport_hdir_palliasjonsrapport_160315.pdf (Hentet: 09.04.19).

Haugen, D.F., Jordhøy, M.S., Engstrand, P., Hessling, S.E. og Garåsen, H. (2006) *Organisering av palliasjon i og utenfor sykehus*. Tilgjengelig fra: <https://tidsskriftet.no/2006/01/tema-palliativ-medisin/organisering-av-palliasjon-i-og-utenfor-sykehus> (Hentet: 08.05.19)

Helsebiblioteket (2016) *Sjekklist*. Tilgjengelig fra: <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklist> (Hentet: 02.05.19)

Helsedirektoratet (2013) *Beslutningsprosesser ved begrensning av livsforlengende behandling*. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/tema/palliasjon> (Hentet: 01.05.19)

Helsedirektoratet (2015) *Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen*. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/918/Nasjonalt%20handlingsprogram%20for%20palliasjon%20i%20kreftomsorgen-IS-2285.pdf> (Hentet: 26.04.19)

Helsedirektoratet (2018) *Lindrende behandling i livets slutfase*. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/lindrende-behandling-i-livets-slutfase/innledning> (Hentet: 06.05.19)

Helsepersonelloven (1999) *Lov om helsepersonell*. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64> (Hentet: 25.04.19)

Hofstad, E. (2009) - *Evidensialismen - en totalitær ideologi*. Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/2009/03/evidensialismen-en-totalitaer-ideologi> (Hentet: 02.05.19)

Iversen, G.S. (2016) *En plan for livets slutfase*. Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/meninger/innspill/2016/09/en-plan-livets-slutfase> (Hentet: 10.05.19)

Ishikawa, H., Kawagoe, K., Kashiwagi, M. og Yano, E. (2007) Nurse-physician collaboration in pain management for terminally ill cancer patients treated at home in Japan, *Journal of Palliative Care*, 23(4), s. 255-303. Tilgjengelig fra:

<https://search.proquest.com/docview/214203547?pq-origsite=gscholar> (Hentet: 29.04.19)

Kildekompasset (2015) *Hva er fagfelle vurdering?* Tilgjengelig fra:

<http://kildekompasset.no/kildekritikk/ord-uttrykk/hva-er-fagfelle vurdering.aspx> (Hentet: 13.04.19)

Kreftforeningen (2015) *Å dø hjemme - Erfaringer og muligheter*. Tilgjengelig fra:

<https://wpstatic.idium.no/kreftforeningen.no/2018/08/a-do-hjemme-a5-feb15-w.pdf> (Hentet: 09.05.19)

Kreftforeningen (2019) *Smerte*. Tilgjengelig fra: <https://kreftforeningen.no/rad-og-rettigheter/mestre-livet-med-kreft/smerte/> (Hentet: 27.04.19)

Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F. og Skaug, E.A. (2005) *Grunnleggende sykepleie 1*. Utgave 1. Oslo: Gyldendal Akademisk

Mehta, A. og Chan, L.S. (2008) Understanding of the Concept of «Total Pain»: A

Prerequisite for Pain Control, *Journal of Hospice and Palliative Nursing*, 10(1), s. 26-32

Tilgjengelig fra: <https://nursing.ceconnection.com/ovidfiles/00129191-200801000-00008.pdf> (Hentet: 04.05.19)

Meld. St. 26 (2014-2015) (2015) *Fremtidens primærhelsetjeneste - nærhet og helhet*. Oslo:

Helse- og omsorgsdepartementet. Tilgjengelig fra:

<https://www.regjeringen.no/contentassets/d30685b2829b41bf99edf3e3a7e95d97/no/pdfs/stm201420150026000dddpdfs.pdf> (Hentet: 08.05.19)

Meld. St. 47 (2008-2009) (2009) *Samhandlingsreformen - Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Tilgjengelig fra:

<https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf> (Hentet: 07.05.19)

Molnes, S.I. (2014) Sykepleiers erfaringer med smertelindring til hjemmeboende pasienter, *Nordisk sygeplejeforskning*, 4(2), s. 142-155. Tilgjengelig fra: https://www.idunn.no/nsf/2014/02/sykepleieres_erfaringer_medsmertelindring_til_hjemmeboende (Hentet: 25.04.19)

Momen, N., Hadfield, P., Harrison, K. og Barclay, S. (2013) Managing pain in advanced cancer: a survey of united kingdom general practitioners and community nurses, *Journal of Pain and Symptom Management*, 46(3), s. 345-354. doi: [10.1016/j.jpainsymman.2012.09.004](https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2012.09.004)

Myhra, C.B. og Grov, E.K. (2010) Sykepleieres bruk av Edmonton Symptom Assessment Scale (ESAS), *Sykepleien Forskning*, 5(3), s. 210-218. Tilgjengelig fra: <https://static.sykepleien.no/sites/default/files/documents/forskning/524309.pdf?c=1410453150> (Hentet: 28.04.19)

Nord Universitet (2019) *Palliativ omsorg, behandling og pleie 1*. Tilgjengelig fra: https://utdanning.no/utdanning/nord.no/palliativ_behandling_omsorg_og_pleie_1 (Hentet: 02.05.19)

Norsk senter for forskningsdata (2017) *NSD Årsmelding 2017*. Tilgjengelig fra: https://nsd.no/om/doc/nsd_arsmelding_2017.pdf (Hentet 13.04.19)

Nortvedt, P. og Nortvedt, F. (2018) *Smerte - fenomen og etikk*. 1. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk

NOU 2017: 16 (2017) *På liv og død - Palliasjon til alvorlig syke og døende*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Tilgjengelig fra: https://www.regjeringen.no/contentassets/ed91baf5d25945b1a0b096c0ce376930/no/pdfs/nou_201720170016000dddpdfs.pdf (Hentet: 06.05.19)

Ornstein, K., Wajnberg, A., Kaye-Kauderer, H., Winkel, G., DeCherrie, L., Zhang, M., og Soriano, T. (2013) Reduction in Symptoms for Homebound Patients Receiving Home-Based Primary and Palliative Care, *Journal of Palliative Medicine*, 16(9), s. 1048-1054. doi: [10.1089/jpm.2012.0546](https://doi.org/10.1089/jpm.2012.0546)

Oslo Universitetssykehus (2016) *Edmonton Symptom Assessment System (ESAS)*.

Tilgjengelig fra: <https://oslo-universitetssykehus.no/edmonton-symptom-assessment-system-esas> (Hentet: 25.04.19)

Oslo Universitetssykehus (2018) Om ReKS. Tilgjengelig fra:

<https://oslo-universitetssykehus.no/fag-og-forskning/nasjonale-og-regionale-tjenester/regional-kompetansetjeneste-for-smerte-reks/om-reks> (Hentet: 06.05.19)

Oslo Universitetssykehus (2018) TViS nettverksgruppe. Tilgjengelig fra:

<https://oslo-universitetssykehus.no/fag-og-forskning/nasjonale-og-regionale-tjenester/regional-kompetansetjeneste-for-smerte-reks/tvis-nettverksgruppe>

(Hentet: 06.05.19)

Paulsen, S.R., Elvestuen, I.L., Edler-Woll, T.M., Andersson, A.M. og Abrahamsen, J. (2014)

Kvalitetssikrer omsorg til døden, *Sykepleien Forskning*, 5(6), s. 60-63. Tilgjengelig fra:

<https://sykepleien.no/forskning/2014/05/kvalitetssikrer-omsorg-til-doende> (Hentet: 03.05.19)

Reinar, L.M. og Kornør, H. (2007) *Skriv en artikkel*. Tilgjengelig fra:

<https://sykepleien.no/forskning/2009/03/skriv-en-artikkel> (Hentet: 02.05.19)

Tarberg, A.S., Kvangarsnes, M. og Hole, T. (2015) Helsepersonell i kommunehelsetenesta sine erfaringar med det palliative pasientforløp, i Helgesen, Ø. (red.) *Innovasjon og entreprenørskap*. Sandefjord: Universitetsforlaget, s. 234-250

Thidemann, I.J. (2015) *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. 1. utg. Oslo: Universitetsforlaget

Thoresen, L. og Dahl, M. (2016) Sykepleie til den døende pasienten, i Holter, I.M (red.) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*. 5. utg. Oslo: Cappelen Damm Akademisk, s. 926-956

Toppe, K. og Navarsete, L.S. (2018) *Representantforslag fra stortingsrepresentantene Kjersti Toppe og Liv Signe Navarsete om å be regjeringen evaluere samhandlingsreformen og fremme sak for Stortinget om nødvendige tiltak for at samhandlingsreformens intensjoner kan*

nås. Tilgjengelig fra: <https://www.stortinget.no/nn/Saker-og-publikasjoner/publikasjoner/Representantframlegg/2018-2019/dok8-201819-019s/?all=true>
(Hentet: 09.05.19)

Trier, E.L. (2017) *Hospice møter døendes helhetlige behov*. Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/forskning/2017/10/hospice-moter-doendes-helhetlige-behov> (Hentet: 07.05.19)

Wallerstedt, B. og Andershed, B. (2007). Caring for dying patients outside special palliative care settings: experiences from a nursing perspective, *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 21(1), s. 32-40. doi: [10.1111/j.1471-6712.2007.00430.x](https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2007.00430.x)

Wilson, E., Morbey, H., Brown, J., Payne, S., Seale, C. og Seymour, J. (2015) Administering anticipatory medications in end-of-life care: A qualitative study of nursing practice in the community and in nursing homes, *Palliative Medicine*, 29(1), s. 60-70. doi: [10.1177/0269216314543042](https://doi.org/10.1177/0269216314543042)

Wowchuk, S.M., Wilson, E.A., Embleton, L., Garcia, M., Harlos, M. og Chochinov H.M. (2009) The palliative medication kit: an effective of extending care in the home for patients nearing death, *Journal of Palliative Medicine*, 12(9), s. 797-803. doi: [10.1089/jpm.2009.0048](https://doi.org/10.1089/jpm.2009.0048)

Yamagishi, A., Morita, T., Miyashita, M., Ichikawa, T., Akizuki, N., Shirahige, Y., Akiyama, M. og Eguchi, K. (2012) Providing palliative care for cancer patients: The view and exposure of Community general Practitioners and Districts nurses in Japan, *Journal of Pain and Symptom Management*, 43(1), s. 59-76. doi: [10.1016/j.jpainsymman.2011.03.012](https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2011.03.012)

Øvern, K.M. (2014) Litteraturstudie som metode. *SPL 3903 Bacheloroppgave i sykepleie*. Tilgjengelig fra: <https://www.slideshare.net/higbibl/litteraturstudie-som-metode> (Hentet: 08.04.19)

