

Kristin Nordal Grenne, Henrik Johansen, Sølvi
Annette Hindenes og Øyvind Hovde

Hvordan kan sykepleier lindre angst og depresjon hos palliative pasienter i hjemmet?

Bacheloroppgave i Bachelor i sykepleie

Veileder: Kirsten Nordang

Mai 2019

SAMMENDRAG

Tittel:	Hvordan kan sykepleier lindre angst og depresjon hos palliative pasienter i hjemmet?	Dato: 14.05.19
<hr/> <hr/>		
Deltaker(e)/	Henrik Johansen Sølvi Annette Hindenes Øyvind Hovde Kristin Nordal Grenne	
Veileder(e):	Kirsten Nordang	
<hr/> <hr/>		
Stikkord/nøkkelord (3-5 stk)	Angst, depresjon, palliativ, lindring, hjemmesykepleie	
Antall sider/ord: 47 / 10714	Antall vedlegg: 0	
<p>Bakgrunn: Den palliative fasen inneholder mye fysisk og psykisk lidelse, og palliative pasienter kan lide av ulike psykiske smerter, som angst og depresjon. Sykepleiere som arbeider i hjemmesykepleien har en stor rolle i å kartlegge og lindre angst og depresjon hos denne pasientgruppen. For å kunne lindre angst og depresjon hos palliative pasienter er det viktig at sykepleiere har tilstrekkelig kunnskap.</p> <p>Hensikt: Formålet med denne litteraturstudien er å undersøke hvordan sykepleiere kan lindre angst og depresjon hos palliative pasienter i hjemmet, ved hjelp av forskning og faglitteratur om temaet.</p> <p>Metode: Litteraturstudie. Studie og tolkning av litteratur som omhandler et bestemt tema. Etter strukturert søk i databaser ble 8 vitenskapelige artikler inkludert og analysert for å forsøke å besvare problemstillingen.</p> <p>Resultat: Funnene fra valgte vitenskapelige artikler og relevant faglitteratur om tema resulterer i temaoverskrifter som kan gi svar på problemstillingen. Temaoverskriftene er: Angst og depresjon hos palliative pasienter, sykepleiers rolle i lindring, behandling og kartlegging av angst og depresjon, medikamentell- og ikke-medikamentell lindring og behandling.</p> <p>Konklusjon: Flere faktorer påvirker hvordan sykepleier kan lindre angst og depresjon hos palliative pasienter. Noen av utfordringene er mangel på kartlegging og oppdagelse, og mangel på belysning av tema. Det finnes ulike tilnærminger som kan brukes for å lindre angst og depresjon hos palliative pasienter, og det bør tilpasses individuelt for hver pasient.</p>		

ABSTRACT

Title:	How can nurses relieve anxiety and depression in palliative patients at home?	Date: 14.05.19
Participants/	Henrik Johansen	
	Sølvi Annette Hindenes	
	Øyvind Hovde	
	Kristin Nordal Grenne	
Supervisor(s)	Kirsten Nordang	
Keywords (3-5)	Anxiety, depression, palliative, relieve, home care	
Number of pages/words: 47 / 10714	Number of appendixes: 0	
<p>Background: The palliative phase contains a lot of physical and mental distress, and palliative patients may suffer from different mental pain, such as anxiety and depression. Nurses working in home care has a big role in assessing, managing and reliving anxiety and depression in this patient group. To be able to relieve anxiety and depression in palliative patients, it is important that nurses has adequate knowledge.</p> <p>Aim: The purpose of this literature study is to investigate how nurses can relieve anxiety and depression in palliative patients at home, using research and literature on the subject.</p> <p>Method: Literature review. Study and interpretation of literature dealing with a particular theme. After structured searches in databases, 8 scientific articles were included and analyzed to give an answer to the issue of this subject.</p> <p>Result: The findings from selected scientific articles and relevant academic literature on topics result in thematic headlines that can provide answers to the problem. The theme headings are: Anxiety and depression in palliative patients, the role of nursing in the relief, treatment and assessment of anxiety and depression, medical- and non-medical relief and treatment</p> <p>Conclusion: Several factors affect how nursing can relieve anxiety and depression in palliative patients. Some of the challenges are lack of assessment and discovery and enlightenment on the issue. Different approaches can be used in relieving anxiety and depression in palliative patients, and they need to be individualized for each patient.</p>		

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning	5
1.1 Begrunnelse for valg av tema	5
1.2 Sykepleiefaglig relevans	5
1.3 Avgrensning og inkludering i oppgaven	6
1.4 Rettigheter og lovverk	6
2.0 Bakgrunn	7
2.1 Palliasjon	7
2.2 Hjemmesykepleie	7
2.3 Angst	7
2.4 Depresjon	8
2.5 Depresjon og angst hos palliative pasienter	8
2.6 Kommunikasjon og kognitiv terapi	8
2.7 Musikkterapi	9
2.8 Teoretiker	9
2.9 Hensikt	9
2.10 Problemstilling	9
3.0 Metode	10
3.1 Litteraturstudie	10
3.2 Kvantitativ metode	10
3.3 Kvalitativ metode	10
3.4 Metodiske overveielser	10
3.5 Inklusjonskriterier og eksklusjonskriterier	11
3.6 Søkeprosess	11
3.7 Søkestrategi	12
4.0 Resultatpresentasjon	16
4.1 Sammenfattet resultat	24
4.2 Angst og depresjon hos palliative pasienter	24
4.3 Sykepleiers rolle i lindring, behandling og kartlegging av angst og depresjon	24
4.4 Medikamentell lindring og behandling	24
4.5 Ikke-medikamentell lindring og behandling	25
5.0 Drøfting	26
5.1 Sykepleierens rolle i lindring, behandling og kartlegging av depresjon og angst	26
5.2 Hjemmesykepleie og palliativt team	28
5.3 Pasienten, pårørende og familien	29
5.4 Angst og depresjon eller normal sorgprosess?	30

5.5 Depresjon, angst, smerte og livskvalitet.....	31
5.6 Lindring ved bruk av benzodiazepiner	32
5.7 Lindring ved bruk av antidepressiva	34
5.8 Bruk av kommunikasjon og kognitiv terapi.....	36
5.9 Gråt som uttrykk for psykisk smerte	37
5.10 Musikkterapi.....	39
5.11 Etske overveielser.....	40
5.12 Innovasjon i tjenesteutvikling.....	40
6.0 Konklusjon	41
7.0 Litteraturliste	42

1.0 Innledning

For mange palliative pasienter er muligheten til å være hjemme den siste tiden avgjørende for å få en god og betydningsfull avslutning på livet (Birkeland og Flovik, 2018). Angst og depresjon er vanlig hos palliative pasienter og kan forårsake betydelig stress og uro (Anderson, Watson og Davidson, 2008). Angst og depresjon påvirker pasientenes siste levetid på en negativ måte og gjør det vanskeligere å lindre andre symptomer som kan oppstå. Selv om angst og depresjon er vanlig hos palliative pasienter, blir det ofte hverken oppdaget eller behandlet (Lloyd-Williams og Payne, 2003). Ved å lindre smerte og lidelse skal hjemmesykepleien bidra til at den siste tiden blir så god som mulig (Birkeland og Flovik, 2018). Angst kan inngå i mange psykiske lidelser, men ses hyppigst i kombinasjon med depresjon (Loge og Kaasa, 2016). En oversiktsartikkel fra 2002 viste at forekomsten av depresjonslidelse blant palliative pasienter var 15% (Loge og Kaasa, 2016). Dette innebærer at sykepleiere må ha tilstrekkelig kompetanse når det gjelder lindring av angst og depresjon hos palliative pasienter i hjemmet.

1.1 Begrunnelse for valg av tema

Angst og depresjon ved livets slutt er et tema det fokuseres lite på. I palliativ pleie er det mye fokus på lindring av den fysiske smerten, da denne ofte er mer synlig og konkret. De vanligste negative emosjonene hos palliative pasienter er følelser som angst, uro, tristhet og depresjon, og disse er flettet sammen og forsterker hverandre (Finset, 2016). Gjennom studietiden har vi observert og opplevd at det er mye fokus på lindring av de fysiske symptomene i palliativ pleie. Vi ønsker derfor å rette fokus mot lindring av de psykiske symptomene i palliasjon i vår bacheloroppgave.

1.2 Sykepleiefaglig relevans

Sykepleiere har en sentral rolle i pleien hos palliative pasienter. En del av pleie er lindring av smerte, både fysisk og psykisk. For at sykepleiere skal gjøre dette må de ha tilstrekkelig kompetanse. I henhold til helsepersonelloven (1999) § 4 skal helsepersonell «utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig». Ifølge de yrkesetiske retningslinjene har sykepleier ansvar for å yte omsorgsfull hjelp og lindre lidelse (Norsk sykepleierforbund, 2019).

1.3 Avgrensning og inkludering i oppgaven

I denne litteraturstudien har vi valgt å fokusere på palliative pasienter i hjemmet. Vi har valgt å inkludere pasienter i hospice, da funnene i artiklene kan relateres til lindring av angst og depresjon hos hjemmeboende palliative pasienter. Hospice er tenkt som et supplement til ordinær helsetjeneste, rettet mot pasienter og pårørende i sen palliativ fase. Det overordnede målet er at alvorlig og uhelbredelig syke pasienter skal få hjelp til å leve så normalt, aktivt og meningsfullt som mulig den siste tiden (NOU 2017: 16). Vi har ikke avgrenset vår oppgave til en bestemt diagnose eller sykdom, da vi ønsker å fokusere på den palliative fasen, uavhengig av sykdom. I den palliative fasen er lindring av symptomer som oppstår den viktigste behandlingen sykepleier kan gi.

«Det er viktig å differensiere mellom hjemmetid og hjemmedød. For noen pasienter er det verken ønskelig eller praktisk mulig å dø hjemme, men de kan ha et ønske og et mål om å få mest mulig hjemmetid.» (Birkeland og Flovik, 2018, s. 187). Det er viktig å skille mellom pasienter som ønsker å bo hjemme i den palliative fasen, og pasienter som er hjemme i øyeblikket de dør. Vi har valgt å avgrense vår oppgave til pasienter i palliativ fase som kan vare fra uker til måneder (Helsebiblioteket, 2010), og dermed ikke fokusert på pasienter i den terminale fasen. Vi har valgt å inkludere artikler som handler om pasienter i hjemmesykepleie, hospice, poliklinikker og sykehus, dersom tiltakene er relevante for å gi svar på vår problemstilling.

1.4 Rettigheter og lovverk

Ifølge pasient og brukerrettighetsloven (1999) har pasient og brukere rett til nødvendige helse- og omsorgstjenester fra kommunen. Tjenestetilbudet skal samsvare med helse- og omsorgstjenesteloven. Etter helse og omsorgstjenesteloven (2011) har kommunene plikt til å tilby nødvendige helse- og omsorgstjenester. Dersom pasienter ønsker å tilbringe noe av den siste tiden hjemme, sier loven at pasienten har rett til å medvirke på gjennomføringen av tjenestene.

2.0 Bakgrunn

2.1 Palliasjon

«Palliasjon er aktiv behandling, pleie og omsorg for pasienter med inkurabel sykdom og kort forventet levetid. Lindring av pasientens fysiske smerter og andre plagsomme symptomer står sentralt, sammen med tiltak rettet mot psykiske, sosiale og åndelige/eksistensielle problemer.»

(Helsebiblioteket, 2010). Palliativ fase er den delen av sykdomsforløpet som starter når kurativ behandling ikke lenger er målet med behandling (Kaasa og Loge, 2016).

Livskvalitet, lindring og subjektive plager av fysisk, psykisk, psykososialt eller åndelig karakter står sentralt i definisjonen av palliasjon (Loge, 2016). I den palliative fasen vil lindring bestå av symptomlindring og best mulig pleie for pasienten. Ivaretagelse av den psykososiale helsen er en sentral og viktig del av den palliative behandlingen. Pasienter som nærmer seg slutfasen av livet kan ofte ha symptomer som kvalme, nedsatt matlyst, smerter og tungpust. Disse symptomene kan igjen føre til angst og uro. Ved å lindre disse symptomene kan man lette på angsten de fører med seg (Helsedirektoratet, 2018). Målet med palliativ behandling er at den tiden pasienten har igjen skal være så bra som mulig, ved å forebygge og redusere smerte og lidelse (Birkeland og Flovik, 2018).

2.2 Hjemmesykepleie

«Hjemmesykepleie er et felles begrep for all sykepleie som utføres i pasientenes hjem» (Birkeland og Flovik, 2018, s.13). Hjemmesykepleie er helsehjelp som utøves i hjemmet, og kan betegnes som et skjæringspunkt mellom det daglige livet i hjemmet og offentlig tjenesteyting. Hjemmesykepleie er helt avgjørende for at den syke pasienten skal få ivarettatt og opprettholdt sine grunnleggende behov i hjemmet (Birkeland og Flovik, 2018).

2.3 Angst

«Angst betegnes ofte som «sjelens smerte». Angst kan være voldsomt og lammende, men kan også opptre dempet og diffust. Usikkerhet, bekymring, redusert selvsikkerhet og hjelpeløshet er ofte knytte til angst» (Kvaal, 2016, s. 439). Angst er en subjektiv opplevelse som ikke direkte kan observeres, men på fysiologisk plan skjer det endringer som økt adrenalinutskillelse, økt glukoseinnhold i leveren, tiltagende pulsfrekvens, tiltagende respirasjon, temperaturforandringer, økt trang til vannlating, menstruasjonsforstyrrelser og

blodtrykksforandringer (Hummelvoll, 2004). «Fra et evolusjonsteoretisk ståsted er det vanlig å framholde at angst er en reaksjon som igangsetter en respons med tre hovedmuligheter: «fight-flight-freeze»» (Skårderud, Haugsgjerd, Stänicke, 2016, s. 292)

2.4 Depresjon

Depresjonslidelse, også kalt depressiv episode i ICD-systemet har nedsatt stemningsleie og nedsatt interesse for å evne til å glede seg over ting som vanligvis gir glede som de to sentrale symptomene. Nedsatt stemningsleie kan oppstå ved normal sorgreaksjon eller som en av symptomene av depressiv lidelse (Loge og Kaasa, 2016). Symptomer på depresjon kan være tristhet, gråt, psykomotorisk hemning, hyperaktivitet, rastløs fortvilelse, taushet, søvnforstyrrelser og nedsatt appetitt (Kringlen og Finset, 2002).

2.5 Depresjon og angst hos palliative pasienter

Psykiske symptomer som bekymring, uro, angst og tristhet følger ofte forløpet av en alvorlig sykdom og palliativ fase. I studier beskrevet i Loge og Kaasa (2016) forekommer depresjon hos mellom 3 og 50 % av palliative pasienter. I en norsk, prospektiv studie av palliative kreftpasienter oppga 10% at de følte seg engstelige i svært høy grad, mens internasjonalt er forekomsten av forhøyet nivå av angst hos palliative kreftpasienter 25% (Loge og Kaasa, 2016). Et annet viktig funn fra studien beskrevet i Loge og Kaasa (2016) er at kombinasjoner av flere diagnoser hos samme pasient ofte forekom. «Klinisk passer dette med at pasienter i palliativ fase av kreft med depresjonslidelse ofte også har høye nivåer av angstsymptomer» (Loge og Kaasa, 2016, s. 477). Ofte er depresjon oppdaget så sent i pasientens sykdomsforløp at den terapeutiske effekten er begrenset.

2.6 Kommunikasjon og kognitiv terapi

Kognitiv atferdsterapi er en gruppe pragmatiske tilnærminger for å forstå og møte psykiatriske lidelsesformer. Pragmatisk tilnærming legger vekt på at noe virker, i stedet for hvorfor det virker. Den moderne kognitive terapien har mer fokus på hvordan vi tenker, ikke bare hva vi tenker. Pasientene får hjelp til å kontrollere og å slippe kontrollen på følelsene. Målet er å kunne forholde seg til sine tanker, opplevelser og følelser (Skårderud, Haugsgjerd og Stänicke, 2016). Kommunikasjon defineres som «en prosess der et budskap inneholder

informasjon, blir overført eller formidlet, og har blitt beskrevet som en gjensidig prosess der meldinger blir sendt og mottatt, enten verbalt eller nonverbalt» (Heyn, 2016, s. 364).

2.7 Musikkterapi

Musikkterapi har lang historisk tradisjon og det ble tidlig oppdaget at musikk stimulerte den kardiovaskulære funksjonen som følge av fysiologiske virkninger. Det har blitt ett anerkjent komplimentærtiltak for alvorlig syke og døende, og blant symptomene som musikkterapi har vist å lindre er: angst, depresjon, smerte og kvalme. Andre behandlingsmål til denne pasientgruppen er å redusere bivirkninger, bedre livskvalitet, styrke relasjoner og bearbeide følelser. Bruken av musikkterapi må vurderes individuelt da overstimulering eller feil bruk kan ha motsatt virkning (Myskja, 2006).

2.8 Teoretiker

Sykepleieteoretikeren Virginia Henderson jobbet som nyutdannet i hjemmesykepleien (Mathisen, 2016). Henderson var engasjert i menneskenes grunnleggende behov. Hun skrev i 1960 at «sykepleierens enestående funksjon er å hjelpe mennesket, enten det er sykt eller friskt, til å utføre de handlinger som bidrar til helse eller gjenvinning av helse (eller til en fredfull død)» (Holter, 2016, s. 111). Sykepleierens grunnleggende omsorg er den samme om pasienten anses som fysisk eller psykisk syk. Faktisk kan de to ikke skilles fordi følelser har en fysisk effekt og fysiske endringer påvirker sinnstilstanden (Henderson, 1997).

2.9 Hensikt

Hensikten med litteraturstudien er å belyse forekomsten av angst og depresjon hos palliative pasienter ved å se på tidligere forskning og litteratur om temaet. Vi ønsker å finne ut hvordan sykepleier kan oppdage og kartlegge angst og depresjon hos denne pasientgruppen. Videre i oppgaven ønsker vi å komme frem til hvordan sykepleier kan lindre depresjon og angst hos hjemmeboende palliative pasienter. Hensikten er å sette mer fokus på temaet rundt angst og depresjon hos palliative pasienter da vi mener det er et tema det fokuseres lite på.

2.10 Problemstilling

Hvordan kan sykepleier lindre angst og depresjon hos palliative pasienter i hjemmet?

3.0 Metode

3.1 Litteraturstudie

Vi bruker litteraturstudie som metode i vår oppgave. I en litteraturstudie søker man, tolker og analyserer litteratur for å finne svar på et forskningsspørsmål rundt et spesifikt tema.

«Hensikten er å gi leseren en oppdatert og god forståelse av kunnskapen på det området som g problemstillingen etterspør, og hvordan en har kommet frem til kunnskapen» (Thidemann, 2015, s. 80).

3.2 Kvantitativ metode

Kvantitative datasamlingsmetoder kan brukes når man vil ha svar på konkrete spørsmål som «Hvor mye» eller «Hvor ofte» og er nødvendig når en ønsker objektive data for å få eksakt faktakunnskap. Denne metodens fremgangsmåte er bruk av spørreskjema, systematisk og strukturert observasjon eller eksperiment for å samle inn data. Det som kjennetegner kvantitativ metode er at en har mange undersøkelsesenheter som gir ett lite antall opplysninger. Dette gir breddekunnskap (Thidemann, 2015).

3.3 Kvalitativ metode

Hensikten med kvalitativ metode er å få kunnskap om menneskelige egenskaper, som meninger, opplevelser, erfaringer, tanker, forventninger, motiver og holdninger. Ved kvalitativ metode foregår datainnsamlingen ved intervju, observasjon, feltarbeid og dokumentanalyse. Kjennetegn ved kvalitativ metode er dybdekunnskap, som innebærer at man får mange opplysninger fra få undersøkelsesenheter (Thidemann, 2015).

3.4 Metodiske overveielser

De vitenskapelige artiklene inkludert i denne litteraturstudien er skrevet på engelsk. Det bør derfor tas til ettertanke at det kan forekomme feil i oversettelse, tolkning og analysing av artiklene.

3.5 Inklusjonskriterier og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Pasienter over 18 år	Pasienter under 18 år
Pasienter i palliativ fase	Pasienter i terminal fase
Artikler fra de siste 20 år	Artikler eldre enn 20 år
Norsk og engelsk språk	Andre språk
Pasienter med angst og/eller depresjon	Pasienter uten angst og/eller depresjon
Vitenskapelig artikkel	Fagartikkel
Relevans til primærhelsetjenesten	

3.6 Søkeprosess

For å finne vitenskapelige artikler til litteraturstudien gjorde vi strukturerte søk ved bruk av databasene Cinahl, Medline (Ovid) og ProQuest, som er tilgjengelig fra skolens databaser via Oria. Vi valgte å bruke artikler fra siste 20 år, da vi opplevde at det var lite nyere forskning på temaet. For å finne relevante vitenskapelige artikler brukte vi søkeord som er konkrete i forhold til temaet vi vil skrive om og som vil besvare problemstillingen. Søkeordene som ble brukt er som følgende: «Anxiety», «Depression», «Palliative care», «Palliative», «Nurse», «Home care», «Nursing», «Antidepressants», «Cognitive», «Behavioural» og «Benzodiazepines». Søkeordene ble brukt hver for seg, og senere brukt i kombinasjoner med «AND». Ved utvelgelse av vitenskapelige artikler undersøkte vi at artiklene hadde IMRAD-struktur, var fagfellevurderte og relevante i forhold til tema og problemstilling av oppgaven.

3.7 Søkestrategi

Metode artikkel 1

Database	Søkeord	Kombinasjoner	Antall treff
Medline (Ovid)	1. Palliative care		37360
	2. Depressed		45326
	3. Nurses		53176
		1 AND 2 AND 3	3

Metode artikkel 2

Database	Søkeord	Kombinasjoner	Antall treff
Medline (Ovid)	1. Benzodiazepines		19256
	2. Palliative		54552
	3.	1 AND 2	169
	4. Anxiety		137153
		3 AND 4	36

Metode artikkel 3

Database	Søkeord	Kombinasjoner	Antall treff
Medline (Ovid)	1. Cognitive		238784
	2. Palliative		54680
	3. Depression		221393
	4. Anxiety		137603
	5. Behavioural		48741
		1 AND 2 AND 3 AND 4 AND 5	4

Metode artikkel 4

Database	Søkeord	Kombinasjoner	Antall treff
Cinahl	1. Palliative care		30 861
	2. Home care		18 443
	3. Nursing		646 690
		1 AND 2 AND 3	226

Metode artikkel 5

Database	Søkeord	Kombinasjoner	Antall treff
Cinahl	1. Nurse		201 590
	2. Palliative care		30 884
	3. Depression		95 604
		1 AND 2 AND 3	35

Metode artikkel 6

Database	Søkeord	Kombinasjoner	Antall treff
Cinahl	1. Depression and anxiety		9960
	2. Music therapy		5302
		1 AND 2	59

Metode artikkel 7

Database	Søkeord	Kombinasjoner	Antall treff
Medline (Ovid)	1. Antidepressants		21552
	2. Palliative		54835
	3.	1 AND 2	103
	4. Depression		222323
	5.	3 AND 4	38

Metode artikkel 8

Database	Søkeord	Kombinasjoner	Antall treff
ProQuest	1. Palliative care		42336
	2. Antidepressant		27820
	3.	1 AND 2	40
	4. Medication		153091
		3 AND 4	16

4.0 Resultatpresentasjon

Artikkel 1	Nurse Specialist Assessment and Management of Palliative Care Patients Who Are Depressed - a Study of Perceptions and Attitudes
Referanse	Lloyd-Williams, M. og Payne, S. (2002) Nurse Specialist Assessment and Management of Palliative Care Patients Who Are Depressed - a Study of Perceptions and Attitudes. <i>Journal of Palliative Care</i> . 18(4), s. 270-274. Doi: https://doi.org/10.1177/082585970201800404
Hensikt	Kartlegge sykepleieres kunnskap om hvordan de oppdager og behandler depresjon hos palliative pasienter.
Metode	Kvantitativ studie hvor spørreskjema med spørsmål om screening av depresjon ble sendt ut til spesialistsykepleiere i palliativ omsorg i Storbritannia. 181 sykepleiere deltok i studien.
Resultat	50% av sykepleierne sa de hadde for lite opplæring i kartlegging og evaluering av depresjon. 79% av respondentene uttrykte ønske om mer opplæring da de mente de hadde for lite kunnskap på dette området.
Begrunnelse og relevans	For at sykepleiere skal kunne lindre pasientens symptomer er det vesentlig at de blir kartlagt og oppdaget. For å gjøre dette må sykepleier ha god nok kompetanse i kartlegging og oppdagelse av symptomer på angst og depresjon.
Kildekritikk	Bare 40% av de 448 sykepleierne som ble spurt svarte på undersøkelsen. Det kan tenkes at resultatet på studien ville vært annerledes dersom svarprosenten var høyere.

Artikkel 2	The use of benzodiazepines in palliative care
Referanse	Henderson, M. <i>et al.</i> (2006) The use of benzodiazepines in palliative care. <i>Palliative medicine</i> . 20(4), s. 407-412. Doi: https://doi.org/10.1191/0269216306pm1151oa
Hensikt	Kartlegge bruk og ordinerings av benzodiazepiner hos palliative pasienter.
Metode	Studie av pasientjournalene til 93 palliative pasienter i hospice. Pasientjournalene som ble undersøkt tilhørte pasienter som hadde dødd eller blitt utskrevet fra hospice.
Resultat	54 pasienter ble foreskrevet benzodiazepiner enten av hospice eller fastlegen. Den største administrasjonen av benzodiazepiner ble gjort i pasientenes siste tre leveuker. Noen av pasientene hadde behov for mer enn ett enkelt benzodiazepin for å lindre sin angst. 70% av helsepersonellet oppga at bruken av benzodiazepiner hadde positiv effekt. Midazolam var det mest brukte medikamentet. Det var stor variasjon på tidspunktet for administrering av benzodiazepiner og perioden fra første administrasjon til død.
Begrunnelse og relevans	Benzodiazepiner er mye brukt i palliativ pleie. Administrering av medikamenter for lindring av symptomer er et kjerneelement ved palliativ omsorg, dette inkluderer lindring av lidelser som angst og depresjon. Sykepleiere har ansvar for administrering, observasjon av effekt og bivirkninger av medikamenter.
Kildekritikk	Studien undersøkte kun journalene til pasientene, og ikke pasientene selv. Dermed hadde ikke pasientene mulighet til å uttrykke seg under studien.

Artikkel 3	The use of cognitive behavioural therapy techniques for anxiety and depression in hospice patients: a feasibility study
Referanse	Anderson, T., Watson, M. og Davidson, R. (2008) The use of cognitive behavioural therapy techniques for anxiety and depression in hospice patients: a feasibility study. <i>Palliative medicine</i> . 22(7), s. 814-821. Doi: https://doi.org/10.1177/0269216308095157
Hensikt	Undersøke om kognitiv terapi er en god behandlingsmetode i møte med palliative pasienter som opplever angst og depresjon. Hvorvidt helsepersonell med kort opplæring i kognitive terapi-teknikker kan bruke det i behandling.
Metode	Kvalitativ metode med semistrukturerte intervjuer. 11 pasienter ble intervjuet, 5 pasienter var i hospice og 6 var på daghospice. Alderen på respondentene var 28-84 år. Pasienter med redusert kognitiv funksjon ble ekskludert fra studien.
Resultat	10 av 11 pasienter fant kognitiv terapi virkningsfullt i lindring av sin angst og depresjon. Helsepersonell opplevde at kort opplæring i kognitiv terapi hos palliative pasienter med angst og depresjon hadde god effekt på lindring. Kognitiv terapi er kun effektivt for pasienter som kan kommunisere adekvat. Lange terapiøkter føltes upassende for pasienter med alvorlig sykdom, lite energi og dårlig konsentrasjon.
Begrunnelse og relevans	Studien viser at kognitiv terapi er virkningsfullt for pasienter som opplever angst og depresjon som følge av palliativ fase. Godt alternativ til ikke-medikamentell behandling.
Kildekritikk	En kort gjennomførbarhetsstudie uten kontroller. Få pasienter ble undersøkt. Større studier kan være nødvendig for å vurdere effekten av kognitiv terapi til denne pasientgruppen.

Artikkel 4	How to support patients who are crying in palliative home care: an interview study from the nurses' perspective.
Referanse	Rydé, K. og Hjelm, K. (2016) How to support patients who are crying in palliative home care: an interview study from the nurses' perspective. <i>Primary Health Care Research & Development</i> . 17(5), s. 479-488. Doi: https://doi.org/10.1017/S1463423616000037
Hensikt	Kartlegge hvordan sykepleiere kan støtte pasienter som gråter i den palliative fasen.
Metode	Kvalitativ studie med semi strukturerte intervjuer ble brukt til datainnsamling. 8 svenske sykepleiere i alderen 32-63 som jobbet med palliasjon i hjemmesykepleie ble intervjuet. Dataene ble analysert ved bruk av Quality Content analysis.
Resultat	Mange pasienter uttrykker smerte, angst og depresjon gjennom gråt. Det er viktig at sykepleieren er der for pasientene på ulike måter, lar dem gråte ut og ikke avbryter gråtingen. Sykepleier bør skape en balanse mellom tilstedeværelse og fysisk kontakt. Pasientene som ikke gråter trenger sykepleierens støtte på andre måter.
Begrunnelse og relevans	Angst og depresjon kan uttrykkes på forskjellige måter, og gråt er en av de vanligste måtene. Hvordan sykepleiere møter pasienter som gråter er en viktig del av sykepleieutøvelsen. Denne artikkelen gir konkrete eksempler på hvordan sykepleiere kan ivareta palliative pasienter som gråter, og bidra til å lindre angst og depresjon.
Kildekritikk	Få intervju ble gjort. Resultatene fra studien er kun fra sykepleiers perspektiv og ingen pasienter ble intervjuet.

Artikkel 5	A qualitative study of clinical nurse specialists' views on depression in palliative care patients.
Referanse	Lloyd-Williams, M. og Payne, S. (2003) A qualitative study of clinical nurse specialists' views on depression in palliative care patients. <i>Palliative Medicine</i> . 17(4), s. 334-338. Doi: https://doi.org/10.1191/0269216303pm747oa
Hensikt	Hvordan sykepleiere som jobber med palliative pasienter oppfatter, vurderer og behandler depresjon hos pasientene. Skape større forståelse av sykepleiers erfaring med håndtering av depresjon hos palliative pasienter.
Metode	Kvalitativ studie. 17 sykepleiere som jobbet med palliativ pleie både i kommune (10) og sykehus (7) i Storbritannia ble intervjuet ved bruk av semistrukturerte intervjuer.
Resultat	For at depresjon skal oppdages tidlig hos palliative pasienter er det viktig at sykepleierne har god opplæring og kunnskap om hvordan de skal oppdage det. 80% av psykologiske plager er udiagnostisert hos kreftpasienter i palliativ fase. God psykisk støtte kombinert med antidepressiva i passende dose over en tilstrekkelig tidsperiode, er nødvendig for lindring av depresjon.
Begrunnelse og relevans	For å kunne lindre depresjon hos palliative pasienter er det viktig at det blir oppdaget og kartlagt. Det kan være nyttig for pasientene å motta medikamentell behandling og psykisk støtte for å lindre til en god hverdag. Pasienter kan oppleve at fysiske symptomer blir lindret før psykiske symptomer, og det er viktig at sykepleier har fokus på dette.
Kildekritikk	Ingen av de intervjuede sykepleierne hadde spesialisert seg innenfor psykisk helse.

Artikkel 6	The Effects of Music Therapy on Anxiety and Depression of Cancer Patients
Referanse	Jasemi, M., Aazami, S. og Zabihi, R. E. (2016) The Effects of Music Therapy on Anxiety and Depression of Cancer Patients. <i>Indian journal of palliative care</i> . 22(4), s. 455-458 Doi: http://doi.org/10.4103/0973-1075.191823
Hensikt	Undersøke om musikkterapi kan ha en effekt på lindring av angst og depresjon hos kreftpasienter.
Metode	Kvasiekperimentell studie, hvor to grupper fikk ulik behandling og resultatene ble sammenlignet. 60 personer fra 18-65 år ble inkludert i studien som foregikk over 3 dager. Den ene pasientgruppen hørte på rolig musikk, lyden av regn, sjø og vannlyder i minst 20 minutter per dag. HADS spørreskjema ble brukt for å måle nivåene av angst og depresjon hos pasientene.
Resultat	Musikkterapi har en positiv effekt på angst og depresjon hos palliative kreftpasienter. Musikkterapi er en enkelt, rimelig og sikker metode for å lindre angst og depresjon hos palliative pasienter. Dermed er det anbefalt å implementere musikkterapi som en del av sykepleietilbudet.
Begrunnelse og relevans	Hvordan sykepleiere kan lindre angst og depresjon hos palliative kreftpasienter ved bruk av alternativ behandling. Musikkterapi er et alternativ til medikamentell behandling.
Kildekritikk	Kortvarig studie med lavt antall deltagere.

Artikkel 7	Antidepressants for the treatment of depression in palliative care: systematic review and meta-analysis
Referanse	Rayner, L. <i>et al.</i> (2010) Antidepressants for the treatment of depression in palliative care: systematic review and meta-analysis. <i>Palliative Medicine</i> . 25(1), s. 36-51. Doi: https://doi.org/10.1177/0269216310380764
Hensikt	Målet med denne studien var å kartlegge effekten av antidepressiva til behandling av depresjon i palliativ omsorg.
Metode	Litteraturstudie og metaanalyse, der 25 studier ble inkludert. Litteraturstudien sammenlignet bruken av antidepressive medikamenter og placebo i behandlingen av depresjon i palliativ pleie.
Resultat	Antidepressive medikamenter kan bedre symptomer på depresjon hos palliative pasienter. Effekten av antidepressiva øker jo lengre behandlingen varer. Tidlig kartlegging og diagnostisering av depresjon er avgjørende, slik at pasienter som kan ha nytte av denne medisinen får det tidsnok for å oppnå optimal effekt. Fire studier inkluderte vurdering av livskvalitet, og disse studiene rapporterte forbedring av livskvalitet i forhold til kontrollgruppen.
Begrunnelse og relevans	Studien inkluderte flere forskjellige livstruende sykdommer. Studien fokuserer på å behandle depresjon ved bruk av antidepressiva hos palliative pasienter.
Kildekritikk	Anvendbarheten av resultatene av denne anmeldelsen til personer med alvorlig sykdom er begrenset på grunn av restriktivitet i inklusjonskriterier.

Artikkel 8	The effects of a palliative care program on antidepressant use and continuing maintenance medications in near end-of-life oncology patients (the HEALED study).
Referanse	Thomas, H., Randolph, M. og Pruemmer, J. (2015) The effects of a palliative care program on antidepressant use and continuing maintenance medications in near end-of-life oncology patients (the HEALED study). <i>Journal of Oncology Pharmacy Practice</i> . 21(5), s. 331-338. Doi: http://doi.org/10.1177/1078155214531608
Hensikt	Sammenligne livskvaliteten hos palliative pasienter som bruker antidepressive medikamenter opp mot de som ikke bruker.
Metode	43 prospektive pasienter deltok i observasjonsstudien. Månedlig gjennomgang av medikamenter, livskvalitet og innleggelse i sykehus ble registrert hos onkologiske pasienter som mottok tjenester fra en palliativ omsorgsklinikk. I tillegg ble det foretatt en retrospektiv kartlegging av medisiner og sykehusinnleggelser av onkologiske pasienter som ikke mottok tjenester fra denne omsorgsklinikken. Det ble forsøkt å administrere spørreskjemaer til deltakerne med månedlige intervaller, men dette var avhengig av deres tilstedeværelse i klinikken.
Resultat	Studien viste at bruken av antidepressiva kan forbedre livskvaliteten hos palliative pasienter ved å behandle og lindre depresjon. Dette støtter bruken av antidepressiva i denne pasientgruppen.
Begrunnelse og relevans	Medikamentell behandling ved lindring hos palliative pasienter er en viktig del av sykepleieutøvelsen. Hvor stor virkning antidepressive medikamenter har hos palliative pasienter må undersøkes. Vi har valgt å ta med denne artikkelen selv om den ikke omhandler hjemmeboende eller hospice pasienter fordi artikkelen inneholder forskning om bruken av antidepressiva hos palliative pasienter.
Kildekritikk	Liten og kort studie. Fremtidige studier bør gå over en lengre tidsperiode.

4.1 Sammenfattet resultat

I analysering av resultatene fra artiklene kom vi frem til relevante temaer som svarer på problemstillingen. Disse temaene er som følger: angst og depresjon hos palliative pasienter, sykepleiers rolle i lindring, behandling og kartlegging av angst og depresjon, medikamentell lindring og behandling og ikke-medikamentell lindring og behandling. Sammenfattet resultat vil vi presentere ved bruk av disse temaene.

4.2 Angst og depresjon hos palliative pasienter

Anderson, Watson og Davidson (2008) beskriver at angst og depresjon er vanlig hos palliative pasienter og kan forårsake stress og uro hos både pasient og pårørende. I følge Lloyd-Williams og Payne (2002) har 1 av 4 palliative pasienter depresjon. Jasemi, Aazami og Zabihi (2016) skriver i sin studie at den vanligste tilleggsdiagnosen til langtkommen kreft er angst og depresjon, og så mye som 75% av pasientene lider av det. Symptomer på angst er svært vanlig i depressive lidelser hos palliative pasienter (Henderson *et al.* 2006). Selv om psykiske lidelser som depresjon og angst hos palliative pasienter forekommer ofte, blir det i opptil 80% av tilfellene ikke oppdaget eller behandlet (Lloyd-Williams og Payne, 2003).

4.3 Sykepleiers rolle i lindring, behandling og kartlegging av angst og depresjon

I studien gjort i Lloyd-Williams og Payne (2002) oppga 79% av sykepleierne at de trengte mer opplæring i kartlegging av angst og depresjon hos palliative pasienter. I palliativ omsorg har sykepleieren en sentral rolle i å skape en følelse av trygghet og tillit, samt å gi trøst og støtte pasientene (Rydé og Hjelm, 2016). God psykisk støtte kombinert med antidepressiva i passende dose over en tilstrekkelig tidsperiode er nødvendig for lindring av depresjon (Lloyd-Williams og Payne, 2003). I studien utført av Lloyd-Williams og Payne (2003) uttrykte sykepleiere bekymring for mangel på opplæring i kartlegging av depresjon hos palliative pasienter. Pasientene og sykepleierne opplevde stigmatisering rundt depresjon (Lloyd-Williams og Payne, 2002).

4.4 Medikamentell lindring og behandling

I en studie gjort i Lloyd-Williams og Payne (2002) vil antidepressive medikamenter være hensiktsmessig å bruke hos palliative pasienter da de har raskere virkning enn ikke-

medikamentell behandling. Ifølge studien gjort av Thomas, Randolph og Pruemer (2015) kan antidepressiva være fordelaktig for denne pasientgruppen. Ifølge studien til Rayner *et al.* (2010) får pasientene foreskrevet antidepressiva for sent i den palliative fasen, slik at virkningene av medikamentene ikke ble oppnådd før pasientene døde. Bruken av benzodiazepiner er vanlig i palliativ fase, og ifølge Henderson *et al.* (2006) ble 58% av pasientene foreskrevet benzodiazepiner i palliativ fase. Hos 78% av pasientene var det indikasjon for bruk av benzodiazepiner, likevel var det bare 9% som brukte benzodiazepiner da de kom til hospice (Henderson *et al.* 2006).

4.5 Ikke-medikamentell lindring og behandling

I følge Jasemi, Aazami og Zabihi (2016) har musikkterapi en positiv effekt på angst og depresjon hos palliative pasienter. I studien til Anderson, Watson og Davidson (2008) oppgav 10 av 11 pasienter at kognitiv atferdsterapi var effektivt. Kognitiv atferdsterapi er en anbefalt behandlingsmetode for mild til moderat depresjon (Anderson, Watson og Davidson, 2008). Sykepleier må være svært oppmerksom og finne balansen mellom nærhet og fysisk kontakt for pasienter som er preget av den palliative fasen (Rydé og Hjelm, 2016). Sykepleier bør la pasientene gråte uforstyrret, men være tilgjengelig for støtte. Hjemmesykepleierne understreket at nærhet og fysisk kontakt er viktig der pasientene gråter på grunn av ensomhet, frykt og depresjon (Rydé og Hjelm, 2016).

5.0 Drøfting

5.1 Sykepleierens rolle i lindring, behandling og kartlegging av depresjon og angst

Sykepleiere har en viktig rolle i diagnostisering og behandling av pasienter med depresjon og det er dermed viktig at de har kompetansen til å gjøre dette (Lloyd-Williams og Payne, 2002). Lloyd-Williams og Payne (2002) har kartlagt at sykepleiere var bekymret for identifisering og behandlingen av depresjon hos palliative pasienter. Et av problemene var å overbevise medisinsk personale om at pasientene kan være deprimerte og ha behov for en evaluering av symptomene. Dette ble oftest uttrykt hos sykepleiere som jobbet i hjemmesykepleien. 26% av sykepleierne syntes det var vanskelig og ta opp bruk av antidepressive medikamenter med pasientene. I studien var det 40% av 448 respondenter som svarte, noe som gjør det vanskelig å vite om resultatene er helt representative. Som sykepleiere i hjemmesykepleien har vi et ansvar for å ta kontakt med fastlege eller relevante instanser, dersom vi observerer at pasientene har behov for spesialisert kompetanse utenfor vårt kompetanseområde.

Studien i Lloyd-Williams og Payne (2002) identifiserte at 79% av respondentene ønsket videre opplæring i kartlegging av depresjon. De fleste av respondentene sa at sine ferdigheter innenfor området var for dårlige. Selv om studien innhentet informasjon fra spesialsykepleiere, kan dette være en indikasjon på at sykepleiere generelt lærer for lite om depresjon. Intervjuene i en annen studie avdekket at sykepleiere ofte spurte etter fysiske smerter først, fordi de psykiske problemene var vanskeligere å behandle enn de fysiske smertene (Lloyd-Williams og Payne, 2003). Som sykepleiere i hjemmesykepleien har vi ansvaret for symptomkartlegging og tiltak som kan iverksettes for å lindre symptomer som angst og depresjon. Som sykepleier kan vi kartlegge symptomer gjennom observasjon og samtale med pasient og pårørende. Pårørende kan ha viktig informasjon om pasientens helsetilstand og hjelpebehov. Kartlegging krever kunnskap om hvordan de ulike symptomer påvirker pasienten og hvordan en kan unngå at situasjonen forverres (NOU 2017: 16).

Loge og Kaasa (2016) beskriver viktigheten av kartlegging av angst og depresjon. Plagens varighet skal være kartlagt før behandling starter. Det er vanlig praksis at symptomer på depresjonslidelse bør ha vært stasjonære, eller blitt forverret over en periode på 14 dager før antidepressiv behandling tilbys (Loge og Kaasa, 2016). Funnene av Rayner *et al.* (2010) fremhever behovet for økt oppmerksomhet og bevissthet ovenfor depresjon hos palliative pasienter. Dette er for å få lindrende behandling for symptomene tidlig, slik at

medikamentene får full effekt. Noen pasienter opplevde stigma når de ble diagnostisert med depresjon. Stigma ble også rapportert blant enkelte av sykepleierne (Lloyd-Williams og Payne, 2002). Som sykepleiere er det viktig at vi er åpne, normaliserer og deler vår kunnskap om depresjon hos palliative pasienter. Ved å gjøre dette kan vi redusere stigma rundt depresjon hos både sykepleiere og pasienter.

Ifølge Lloyd-Williams og Payne (2003) bør behandlingen av depresjon i palliativ omsorg være den samme for pasientene, enten de er palliative eller ikke. Antidepressiv behandling med passende dosering, sammen med god psykologisk støtte kan lindre for en tid. Empatisk støtte fra sykepleiere, lege og andre helsepersonell som er kjent for pasienten er viktig. Derimot skriver Eriksen (2016) at «psykososial støtte utøves like godt av en sykepleier som møter pasienten for første gang, og er ikke avhengig av en relasjon som er opparbeidet over tid» (Eriksen, 2016, s.900). Selv om kjent personale hos pasienten etterprøves i hjemmesykepleien, kan det være utfordrende å legge til rette for dette på grunn av organisatoriske forhold. Ved slike utfordringer kan vi som sykepleiere delegere arbeidsoppgaver til annet helsepersonell for å tilrettelegge for optimal pleie til palliative pasienter. Ifølge Mathisen (2016) hevder Henderson at sykepleie er en tjeneste til enkeltmennesket, som skal bidra til å hjelpe pasienten til å opprettholde helsetilstand. Om dette ikke er mulig, skal sykepleier bidra til å lindre smerter og ubehag som tilstanden gir.

Ved at sykepleier og helsepersonell rundt palliative pasienter anerkjenner depresjon, vil behandling og lindring kunne bidra til at pasienter og pårørende kan utnytte den gjenværende tiden sammen bedre (Lloyd-Williams og Payne, 2003). Ansvar for kartlegging av depresjon hos disse pasientene ligger hos helsepersonell og sykepleiere som tar vare på disse pasientene (Lloyd-Williams og Payne, 2002). Resultatene fra den samme artikkelen viser at 15% av sykepleierne aldri hadde screenet pasienter for depresjon, 54% hadde gjort det noen ganger, men kun 32% var rutiner på det. Dette kan tyde på at det er for lite fokus på kartlegging av depresjon hos palliative pasienter i sykepleierutdannelsen. Undervisning og opplæring om angst og depresjon hos palliative pasienter er tiltak som kan implementeres i utdannelsen av sykepleiere for å øke kunnskap om kartlegging og lindring.

5.2 Hjemmesykepleie og palliativt team

Tid og ro i hjemmet kan være betydningsfullt for pasienten, og bidra til en verdifull avslutning på livet. For at pasientene skal få være mest mulig hjemme i den palliative fasen, må kompetansen komme hjem til pasienten, i stedet for at pasienten forflyttes til kompetansen (Birkeland og Flovik, 2018). God kjennskap og organisering som gjør det mulig å følge pasient og pårørende tett, er nødvendig for å skape gode situasjoner i den palliative fasen (Fermann og Næss, 2015). Palliative pasienter er i en sårbar fase og er avhengig av at de møter et begrenset antall personer som er kvalifisert for den sykepleien som skal utøves (Birkeland og Flovik, 2018). Erfaringsmessig kan dette være en utfordring, da helsepersonell ofte arbeider i turnus og mange har deltidstillinger. Studier viser at det ikke alltid er pasientens behov som avgjør antall ansatte som besøker hver pasient (Birkeland og Flovik, 2018), fordi det ikke alltid er gjennomførbart. Sykepleiere har ansvar for god muntlig rapport og dokumentasjon i journalen. Dette kan bidra til at pasientene slipper unødige gjentakelser og pasientsikkerheten ivaretas. Erfaringen er at sykepleiere kan få pasienter i hjemmesykepleien med omfattende behov for tjenester. Dette bekreftes av Fermann og Næss (2015) som skriver at mange pasienter kan være hjelpetrengende og ha et komplekst hjelpebehov.

I hjemmesykepleien er det ofte sykepleiere som kommer nærmest og blir involvert i de palliative og pårørendes situasjon (Birkeland og Flovik, 2018). Lindring av åndelig og psykososial smerte og sørge for at pasientens siste tid blir så god som mulig, er en av tingene hjemmesykepleien skal bidra med (Birkeland og Flovik, 2018). For at palliativ og lindrende behandling i hjemmet skal dekke pasient og pårørende sine behov, må flere instanser involveres, for eksempel fastlege og palliativt team. I hjemmesykepleien er det ofte en ressursykepleier eller kreftsykepleier som har et overordnet ansvar (Haugen og Aass, 2016).

Palliativt team består som regel av sykepleiere og leger med spesialkompetanse i palliasjon. Teamet innehar spesiell kompetanse i symptomlindring og kommunikasjon. Henvisningen til palliativt team skjer etter aktiv behandling er avsluttet. Vanligvis er behovet for symptomlindring grunnen for henvisningen. Bred kunnskap i lindring av kvalme, smerte, forstoppelse, appetittløshet, tungpust, angst, uro og depresjon er deres spesialkompetanse (Paulsen, Haugstøl og Rosland, 2016). Sykepleiere i hjemmesykepleien kan bidra til lindring hos palliative pasienter ved å bruke sin kompetanse om disse symptomene som kan oppstå.

Sykepleiere må være reflekterte over egen kunnskap og overholde sitt kompetansenivå. Dersom sykepleier ikke har kompetanse til å lindre disse symptomene må det innhentes kompetanse, slik at pasientene får den nødvendige lindringen. Studier og erfaringer har vist at samarbeid mellom palliativt team, fastlege og hjemmesykepleie skaper trygghet og bidrar til et godt palliativt tilbud i hjemmet (NOU 2017: 16).

5.3 Pasienten, pårørende og familien

Livstruende sykdom rammer ikke bare pasienten, men også pårørende. De fleste palliative pasienter i hjemmet har pårørende hos seg mye av tiden (Birkeland og Flovik, 2018). Et av de sentrale målene for palliativ behandling er best mulig livskvalitet for pasienten og pårørende. Økt poliklinisk behandling og kortere liggetid på sykehuset fører til at pårørende opplever at mer av ansvaret kommer på dem (Stensheim, Hjermstad og Loge, 2016). Lite støtte fra familien og dårlig sosial støtte er faktorer som kan bidra til psykiske lidelser, inkludert depresjon, hos pasienten (Lloyd-Williams og Payne, 2002). Det er viktig at sykepleier kommuniserer og samarbeider godt med pårørende for å ivareta den palliative pasientens behov. Mange pårørende må bistå med praktiske oppgaver rundt pasienten. Det er ofte rapportert at god kommunikasjon med helsepersonell er et udekket behov hos pasienter og pårørende i palliativ fase (Fermann og Næss, 2015). Tiltak som kan bidra til å dekke behovet for god kommunikasjon kan være at sykepleier tar seg bedre tid til samtaler, spørsmål fra pasient og pårørende, samarbeidsmøter, ringetilsyn og at det oppnevnes kontaktsykepleier. Det er viktig at sykepleier kartlegger pasientens pårørende, og hvor mye informasjon pasienten vil dele.

Ivaretagelse av pårørende i palliativ omsorg er en sentral oppgave for sykepleiere. For at sykepleiere skal lindre symptomer som angst og depresjon hos pasientene, er det viktig for pasientene å vite at pårørende er ivaretatt. Mange av pasientene som mottar hjemmesykepleie har et godt forhold til pårørende, og opplever at pårørende er viktige støttespillere for dem (Birkeland og Flovik, 2018). Ifølge de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere skal sykepleier vise respekt og omtanke for pårørende (Norsk sykepleierforbund, 2019). Om pårørende skal være en støtte for pasienten, må de mestre sin egen sorg (Birkeland og Flovik, 2018). En studie om tidlig palliasjon viste at tiltak for pasientene førte til mindre depresjon og økt livskvalitet for pårørende (NOU 2017: 16). For at sykepleiere skal lindre symptomer hos pasientene må de se pasientene og pårørende i en setting hvor de påvirker hverandre. I følge §

3-6 i helse- og omsorgstjenesteloven (2011) har kommunen forpliktelser ovenfor pårørende med tyngende omsorgsoppgaver, som veiledning, opplæring og avlastning. Ut fra erfaring i praksis opplevde vi at pårørende ofte trakk seg unna når hjemmesykepleien var til stede. Ved at sykepleier bevisst tar seg tid til å oppsøke pårørende, kan vi bidra til å avlaste dem ved at de kan få mulighet til å uttrykke seg om sine tanker, følelser og bekymringer.

5.4 Angst og depresjon eller normal sorgprosess?

«Det er viktig å skille mellom en naturlig sorgreaksjon og en behandlingstrengende depresjonslidelse» (Finset, 2016, s. 67). Det kan være vanskelig å se forskjellen på den deprimerte og den sørgende (Hummelvoll, 2004). Sorg kan ofte ses på som naturlig hos palliative pasienter. «Atferd som vanligvis ville bli sett på som symptomer på depresjon, så som tanker på døden, sosial tilbaketrekning og hyppig gråt, kan like gjerne være uttrykk for en sorgprosess.» (Finset, 2016, s. 67). Selv om depresjon og angst til en viss grad vil bli sett på som naturlig og forståelig hos en palliativ pasient, er det likevel viktig at pasienten får hjelp til lindring av disse lidelsene.

Har det noen betydning om pasienten har en «naturlig» sorg, eller om de har en diagnostisert angst eller depresjon for hvilke tiltak sykepleier bør iverksette? Noen eksperter anbefaler at mange av disse pasientene kan ha fordel av antidepressiva, om pasienten møter diagnostiske kriterier for depresjon eller ikke (Thomas, Randolph og Preumer, 2015). Ifølge Loge og Kaasa (2016) krever ikke psykisk ubehag karakterisert av forbigående psykiske symptomer spesifikk behandling. Som sykepleier i hjemmesykepleien kan vi lindre det psykiske ubehaget ved å sette oss ned å snakke med pasienten og bekrefte at vi ser dem. «Alminnelig respekt, interesse og forståelse for pasientens situasjon (=empati), støtte og pleie vil oppleves positivt og være til hjelp for de fleste pasientene som kjenner psykisk «smerte», men ikke har en behandlingstrengende psykisk lidelse.» (Loge og Kaasa, 2016, s. 491). Det er viktig å tilbringe tid med pasienten, sette seg ned og være til stede, selv om pasienten ikke gir så mye kontakt. Sykepleier kan med fordel tilbringe tid i taushet sammen med pasienten. Samtidig må sykepleier være bevisst på at det å tilbringe mye tid i taushet kan føre til at pasienten opplever det som at sykepleieren deler pasientens syn på håpløshet (Hummelvoll, 2004). Her er det viktig for sykepleier å finne en balansegang.

Lloyd-Williams og Payne (2003) skriver i sin studie at enkelte leger er motvillige til å foreskrive antidepressiva, da de har en feilaktig tro at pasienter som nærmer seg slutten av livet ikke trenger behandling fordi depresjonen på en måte er «forståelig». I slike situasjoner er det viktig at sykepleiere er pasientens forkjemper og begrunner sine observasjoner om at pasienten kan ha nytte av slike medikamenter.

5.5 Depresjon, angst, smerte og livskvalitet

Ifølge Thomas, Randolph og Pruemmer (2015) er depresjon en faktor som reduserer livskvaliteten hos palliative pasienter. Depresjon har en større påvirkning på livskvaliteten hos palliative pasienter, enn det smertene har (Thomas, Randolph og Pruemmer, 2015). Derfor er det viktig at vi som sykepleiere er oppmerksomme på dette, kartlegger og iverksetter tiltak for å lindre depresjon. Sammenhengen mellom depresjon og smerte hos kreftpasienter ble undersøkt i en norsk studie, som beskrevet i Finset (2016), der forskerne konkluderte med at smerte og depresjon påvirket hverandre over tid. Dermed underbygges viktigheten av lindring av depresjon hos pasienter i palliativ fase. Pasientene kan lett komme inn i en ond sirkel ved at smertene og depresjonen gjensidig forsterker hverandre (Finset, 2016). Angst og depresjon er trolig en av de psykiske plagene som er mest underdiagnostisert hos pasienter i livets slutfase (Saltvedt og Bruun Wyller, 2016). Dette underbygges av Lloyd-Williams og Payne (2003) som sier at depresjon er den vanligste sykdommen hos pasienter med kreft. Depresjon reduserer livskvaliteten for pasienten, men også deres pårørende. Ved depresjon hos palliative pasienter kan fysiske symptomer forbedres når depresjonen blir behandlet på riktig måte.

Lloyd-Williams og Payne (2003) sin studie inkluderte sykepleiere som jobbet i hjemmesykepleien, dermed kan deres funn brukes for hjemmeboende pasienter i den palliative fasen.

Ifølge Thomas, Randolph og Pruemmer (2015) kan antidepressiva forbedre livskvaliteten hos pasienter med depresjon. Dermed støttes bruken av antidepressiva hos palliative pasienter. Til tross for dette, bruker mindre enn halvparten av palliative pasienter antidepressiva, selv om de har moderate eller alvorlige depressive symptomer (Thomas, Randolph og Pruemmer, 2015). «Siden angst og depresjon er sterkt knyttet sammen med smerte hos pasienter med alvorlige sykdom, kan de generelle prinsippene for behandling av angst og depresjon benyttes.» (Finset, 2016, s. 385). For at sykepleiere skal lindre angst og depresjon, er det viktig å

kartlegge og finne årsaken til symptomene. Om en pasient har sterke fysiske smerter, har ikke nødvendigvis de generelle prinsippene for behandling av angst og depresjon effekt.

Bare fire studier i Rayner *et al.* (2010) inkluderte en vurdering av livskvaliteten hos pasientene. Hver av disse studiene rapporterte større forbedring av livskvalitet i behandlingsgruppen, enn kontrollgruppen. Funnet kan indikere at det er lite studier på livskvalitet hos palliative pasienter som mottar behandling for depresjon.

Sykepleier bør motivere til og foreslå aktiviteter til hver enkelt pasients begrensninger, da fysisk aktivitet stimulerer produksjonen av endorfiner som skaper en oppfriskningsfølelse. Da pasienter med depresjon kan ha manglende motivasjon og initiativ bør det foreslås aktiviteter som ikke er for krevende eller langvarig. Lykkes pasienten i deltakelsen kan dette være med på å styrke selvfølelsen, bedre fysisk form, øke velvære og bedre søvn (Hummelvoll, 2004).

5.6 Lindring ved bruk av benzodiazepiner

Ifølge Henderson *et al.* (2006) var angst og agitasjon den vanligste indikasjonen ved foreskriving av benzodiazepiner i palliativ fase. Symptomer på angst kan oppstå som ledd i en normal reaksjon i form av bekymring og indre uro. I Henderson *et al.* (2006) hadde 54 av 93 pasienter (58%) indikasjon for administrering av benzodiazepiner under palliativ fase. Ved lettere plager med angst og depresjon er benzodiazepiner med kort halveringstid det mest aktuelle medikamentet. Det kan være vanskelig å skille mellom hva som skyldes den underliggende somatiske sykdommen og hva som er angst. Når sykepleier ikke oppfatter at pasienten er redd, kan symptomene hos pasienten forsterkes (Loge og Kaasa, 2016).

Benzodiazepiner som brukes ved behandling av angst kan gi økt sedasjon og kan dermed ha negativ effekt på livskvaliteten (Loge og Kaasa, 2016). Bivirkningene må dermed veies opp mot effekten den har mot angsten og hvordan angsten påvirker livskvaliteten. Bevissthet om potensielle bivirkninger ved bruk av benzodiazepiner er viktig. En av sykepleierens funksjoner er å dokumentere virkning og bivirkning av medikamenter. Bruk av benzodiazepiner øker risikoen for fall, døsigheit, svimmelhet og nedsatt kognitiv funksjon (Henderson *et al.* 2006). Sykepleier må informere pasienten om potensielle bivirkninger for å unngå ytterligere angst. Hos palliative pasienter kan det være vanskelig å vurdere hvor mye benzodiazepinene påvirker disse faktorene, fordi mange palliative pasienter ofte er preget av

de samme symptomene fra før (Henderson *et al.* 2006). Benzodiazepiner kan føre til avhengighet, men hos en palliativ pasient er denne bekymringen lavere (Henderson *et al.* 2006). Toleranseutvikling, doseeskalering og avhengighet er vanligvis ikke relevante problemstillinger for palliative pasienter med kort levetid, da symptomreduksjon og lindring er hovedmålet med behandlingen (Loge og Kaasa, 2016). I studien av Henderson *et al.* (2006) fikk noen pasienter sitt andre, tredje og fjerde benzodiazepin under behandlingen. Dermed kan noen palliative pasienter ha behov for mer enn et enkelt benzodiazepin. Sykepleier må være bevist på at pasienten kan utvikle økt toleranse for benzodiazepiner om de bruker det over tid.

Depresjon er vanlig ved inkurabel sykdom og symptomer på angst er vanlig i depressive lidelser. Deltakerne i studien til Henderson *et al.* (2006) trengte ikke nødvendigvis å ha en tidligere psykiatrisk sykehistorie for å begynne med benzodiazepiner under den palliative fasen. 78% av pasientene hadde en indikasjon for bruk av benzodiazepiner (Henderson *et al.* 2006). Likevel var det bare 9% av pasientene som tok benzodiazepiner når de kom til hospice (Henderson *et al.* 2006). Henderson *et al.* (2006) hevder i sin studie at benzodiazepiner har en tilsynelatende effekt på å lindre kortvarig angst. Dette har ført til høyere nivåer av bruk i palliativ omsorg. Sykepleier kan dermed lindre angst hos hjemmeboende pasienter ved å administrere benzodiazepiner etter indikasjon. Ulempen med benzodiazepiner er at de kan ha en kortvarig effekt, og det gjør vurderingen av depresjon og psykologisk tilnærming til angst vanskeligere (Henderson *et al.* 2006).

I studien til Henderson *et al.* (2006) hadde sykepleierne som jobbet med palliative pasienter hjemme tett samarbeid med legene som arbeidet i primærhelsetjenesten. Det er dermed mulig at noen av pasientene i studien ble foreskrevet benzodiazepiner uten at hospice var klar over det. Dermed kan tallene og resultatene i studien avvike noe fra det som var realiteten. En svakhet med studien er at det ikke ble undersøkt i hvilken grad gruppen fikk psykologisk støtte. Noe av studien ble utarbeidet under hospiceopphold, dette kan gi en økt følelse av trygghet hos pasientene og redusere bruken av benzodiazepiner (Henderson *et al.* 2006). 70-80% av pasientene hadde ifølge Henderson *et al.* (2006) en effekt av medikamentene. Det var en overveiende effekt hos pasientene som hadde indikasjon for bruk av medikamenter.

5.7 Lindring ved bruk av antidepressiva

Ifølge Lloyd-Williams og Payne (2003) er depresjon den vanligste psykiatriske sykdommen hos palliative pasienter. Depresjonslidelse skal fortrinnsvis behandles med medikamenter hvis pasientene aksepterer slik behandling. Det foreligger ingen studier som gir entydige råd for valg av medikament (Loge og Kaasa, 2016). Ifølge Rayner *et al.* (2010) får pasientene foreskrevet antidepressiva for sent i den palliative fasen, slik at virkningen av medikamentene ikke ble oppnådd før pasientene døde. Det er dermed en utfordring for sykepleiere å lindre depresjon hos palliative pasienter i hjemmet, fordi det vil ta tid før medikamentene virker som de skal. For å lindre depresjon hos palliative pasienter i hjemmet, er det derfor viktig at sykepleier kartlegger depresjonslidelsen så tidlig som mulig. Utfordringen ved den antidepressive medikamentelle behandlingen er at effekten oppnås først etter 2-3 ukers behandling (Loge og Kaasa, 2016).

Antidepressiva har flere bivirkninger som påvirker livskvaliteten hos palliative pasienter. Munntørrehet ble hyppigere rapportert hos pasienter som ble behandlet med antidepressiva enn de som fikk placebo (Rayner *et al.* 2010). Mianserin og Mirtazapin tolereres ofte bedre enn SSRI- preparatene, på grunn av gastrointestinale bivirkninger (Loge og Kaasa, 2016). Ifølge Rayner *et al.* (2010) var kvalme mer vanlig hos pasienter behandlet med et antidepressiva enn hos pasienter som fikk placebo. Sykepleier bør oppfordre pasienter til å rapportere om bivirkninger ved bruk av antidepressiva, da det finnes flere medikamenter som kan lindre depresjonen.

Mianserin og Mirtazapin har ofte en raskt innsettende effekt mot angst, men kan gi en uønsket sedativ effekt. Når medikamentene tas om kvelden kan noe av søvnkvaliteten bedres, og i behandlingen av depresjon er noe av den sedative bivirkningen ønskelig (Loge og Kaasa, 2016). Mirtazapin og Mianserin ble gruppert sammen fordi de har en lignende effekt. På 6-8 uker var det en prøveperiode ved bruk av Mirtazapin og Mianserin. Da de undersøkte effekten på disse tidspunktene var effekten bedre enn funnene for SSRI og TCA på samme tidspunkt (Rayner *et al.* 2010). Det kan dermed se ut som Mirtazapin og Mianserin har raskere effekt enn SSRI og TCA.

For at sykepleier skal bidra til lindring av depresjon er det derfor viktig med kartlegging og observasjon av effekt og bivirkninger av den medikamentelle behandlingen. Rayner *et al.*

(2010) forklarer viktigheten av tidlig kartlegging og oppdagelse av depresjon hos pasientene i palliativ pleie, slik at pasientene som kan ha fordel av antidepressiva mottar behandling i tide for at det skal gi optimal effekt. Viktigheten av tidlig oppdagelse av angst og depresjon hos palliative pasienter understøttes av studien i Rayner *et al.* (2010) hvor noen pasienter døde før de fikk tilstrekkelig effekt av de antidepressive medikamentene.

Pasienter som har vært psykisk friske hele livet, kan også ha god lindrende effekt av antidepressiva i den palliative fasen. I studien til Rayner *et al.* (2010) konkluderte de med at antidepressiva gir bedre resultat hos pasientene enn placebo ved lindring av depresjon hos pasientene med fysisk sykdom. I den palliative fasen er det viktig å velge behandling som gir best mulig lindring og ikke legger opp til et lengre behandlingsforløp (Finset, 2016). En nylig studie i primærhelsetjenesten antydte at selv om kognitiv terapi kan være en hensiktsmessig behandling, har antidepressive medikamenter raskere virkning og kan derfor være mer hensiktsmessig for pasienter med kort levetid (Lloyd-Williams og Payne, 2002).

Ulempene ved antidepressiv lindring og behandling er ifølge Thomas, Randolph og Pruemer (2015) bivirkningene og påvirkningen medikamentene har på pasientenes mulighet til å delta i sin egen omsorg. Om pasienten er forvirret eller delirisk kan antidepressiva øke forvirringstilstanden og hindre pasienten i å få en god avslutning på livet. Thomas, Randolph og Pruemer (2015) konkluderte med at livskvaliteten hos palliative pasienter var den samme om de fikk antidepressive medikamenter eller ikke. Ifølge Rayner *et al.* (2010) kan antidepressiva gi god lindring ved depressive symptomer hos palliative pasienter. Det er dermed delte resultater for bruken av antidepressiva.

Rayner *et al.* (2010) inkluderte studier der antidepressiva ble brukt til palliative med sykdommer som kreft, nyresvikt, KOLS, hjertesvikt, Parkinsons, MS, HIV og AIDS. Forsøk der antidepressiva ble brukt for å behandle andre symptomer enn depresjon, ble ekskludert (Rayner *et al.* 2010). Dermed kan funnene fra Rayner *et al.* (2010) sin litteraturgjennomgang bidra til svar på hvordan sykepleier kan lindre depresjon hos palliative pasienter i hjemmet, uavhengig av sykdom. Litteraturgjennomgangen gir bevis på at depresjon hos pasienter med livstruende sykdom kan behandles effektivt med antidepressiva. Resultatene fremhever behovet for økt oppmerksomhet og bevissthet rundt angst og depresjon hos palliative pasienter.

5.8 Bruk av kommunikasjon og kognitiv terapi

God lindring forutsetter at pasient og pårørende er innforstått med sin situasjon. God og åpen kommunikasjon med pasient og pårørende, samt nok avsatt tid til samtale er viktige faktorer for å skape mulighet til lindring av angst og depresjon hos pasienten. Ifølge Mathisen (2016) skriver Henderson at å kunne uttrykke følelser, behov og frykt gjennom kommunikasjon er et grunnleggende behov for mennesker. Trygge og gode samtaler mellom sykepleier og pasient er en viktig del av palliativ behandling. Det er viktig at pasienten tilbys samtaler med aktuelle fagpersoner så tidlig som mulig, for at pasienten skal få samtaler om fysiske, psykiske, sosiale, åndelige og eksistensielle tema. Dette stiller krav til kommunikasjonsferdighetene hos sykepleiere (NOU 2017: 16). Sykepleier kan være pådriver til å hjelpe pasienten med å sette ord på vanskelige spørsmål og kjenne på vonde følelser. På denne måten kan sykepleier bidra til å fremme en god og åpen kommunikasjon i familien (Hirsch og Røen, 2016). Ifølge Heyn (2005) vil sykepleiere ofte komme opp i situasjoner de har liten erfaring med fra før, siden hver enkelt pasientsituasjon er unik. Det kan dermed være vanskelig å vite hva en skal si da pasienter reagerer på sykdom og død på forskjellige måter. Tilpasset tilnærming er derfor nødvendig fra en pasient til en annen. Det er viktig at pasienten får informasjon, kan spørre om det han lurer på, og at sykepleier er åpen og imøtekommende i samtale om døden. Informasjon om sykepleiers erfaring om tiltak som kan lindre plager, kan være viktig for å gjøre pasienten trygg (Hirsch og Røen, 2016).

Kort opplæring i kognitive terapi-teknikker har vist seg å være effektivt i behandling av mildere lidelser, og kan være hensiktsmessige tiltak å bruke for helsepersonell som ikke har videreutdanning i psykiatri (Anderson, Watson og Davidson, 2008). Kognitiv terapi kan hjelpe pasienten å gjenkjenne og samle tanker, følelser, atferd og fysiske symptomer ved hjelp av kognitive teknikker. Ved hjelp av kognitive teknikker kan man hjelpe pasienten å finne alternative måter å tenke på og lettere identifisere årsaker til angst, og måter å håndtere det på (Anderson, Watson og Davidson, 2008). Kognitiv terapi er særlig egnet for å påvirke verstefallstenkning og andre tanker som er med på å forsterke smerteplagene gjennom «selvforsterkende onde sirkler» (Finset, 2016, s.385). Intervensjoner mot angst og depresjonslidelser, som kognitiv terapi, er ofte ikke mulig å gjennomføre hos mange palliative pasienter på grunn av kort levetid og redusert allmenntilstand. Enkelte elementer fra behandlingen kan likevel brukes i samtale med pasientene (Loge og Kaasa, 2016). Man bør tilpasse behandling hos hver enkelt pasient, da noen pasienter kan ha fordel av kognitiv

behandling, mens andre vil ha bedre effekt av medikamentell behandling. Enkelte pasienter kan ha nytte av en kombinasjon av behandling med både kognitiv terapi og medikamenter. Ikke-medikamentelle tiltak som nærvær, pårørende til stede, rolig atmosfære, samtale og trøst kan i det fleste tilfeller være mer effektive tiltak enn legemidler, og har i tillegg mindre bivirkninger (Saltvedt og Bruun Wyller, 2016).

Hos pasienter som er friske nok til å motta psykoterapeutiske tilnærminger kan kognitiv terapi ha god effekt og være vellykket sammenlignet med bruk av medikamenter. Det er vist at kognitiv terapi kan ha effekt ved kun én terapitime, selv om det gir krav til økt bemanning av helsepersonell sammenlignet med behandling med medikamenter (Henderson *et al.* 2006).

Studien utført i Anderson, Watson og Davidson (2008) viser at kognitiv atferdsterapi var effektivt hos palliative pasienter med angst og depresjon, men studien poengterer også viktigheten av at ikke alle pasientene har effekt av slik terapi. Pasientene må velges ut med forsiktighet fordi pasienter som har nedsatt kommunikasjonsevner, lite energi og svekket konsentrasjon ikke nødvendigvis har så stor effekt av slik terapi (Anderson, Watson og Davidson, 2008). Lange terapitimer følte upassende for slike pasienter. Det kan dermed være mer hensiktsmessig med korte timer eller at kognitive terapi-teknikker kan implementeres som en del av daglig praksis, i stedet for planlagte økter (Anderson, Watson og Davidson, 2008).

I studien gjort i Anderson, Watson og Davidson (2008) følte 10 av 11 pasienter at deres tenkning eller atferd hadde endret seg og at nivået av angst og depresjon hadde forbedret seg etter intervensjonen. Det var imidlertid vanskelig å bevise at disse forbedringene skyldtes de kognitive terapi-teknikkene da det var en kort gjennomførbarhetsstudie uten kontroller. En større studie på kognitiv terapi hos palliative pasienter med angst og depresjon vil dermed være nødvendig og hensiktsmessig for å undersøke effekten disse teknikkene kan ha (Anderson, Watson og Davidson, 2008).

5.9 Gråt som uttrykk for psykisk smerte

Gråting er en naturlig måte å uttrykke sorg på. I palliativ fase kan sorg være en følelse som ofte er tilstede (Rydé og Hjelm, 2016). Negative emosjoner som frykt og tristhet blir naturlig aktivert hos pasienter som opplever å få en alvorlig, livstruende sykdom. Angst og uro

oppleves ofte sammen med tristhet og fortvilelse (Finset, 2016). I studien utført av Rydé og Hjelm (2016) er det vist at sykepleieren bør møte pasienten der den er og vise empati. Det er også beskrevet at det er viktig å forsikre pasienten om at det er greit å gråte. God sykepleie er å vise skjønn, lese hva pasienten trenger og finne balanse mellom fysisk nærhet og tilstedeværelse. Sykepleieren bør være oppmerksom i situasjoner der pasienten gråter, støtte og bekrefte de ulike typer gråt. Et uforstyrret miljø er viktig for at pasienten skal få ro til å gråte ut. Det er ikke anbefalt å forstyrre gråten ved å si ting som «det kommer til å gå bra» (Rydé og Hjelm, 2016). Sykepleier bør legge til rette for at pasienter får uttrykt sine følelser, behov, frustrasjon og frykt. Det kan vi gjøre ved å være tilgjengelig for pasientens verbale og nonverbale uttrykk (Eriksen, 2016).

En sykepleier med gode sosiale egenskaper, kan bidra til god kvalitet i utøvelse av sykepleie. (Rydé og Hjelm, 2016). Vår erfaring fra praksis viser at pasienter som gråter, kan finne tilbake til roen om de blir møtt på sine individuelle behov. Angstfølelsen og gråten kommer i noen tilfeller på kveldstid og det kan være vanskelig å finne ro til å sove. Ofte kan det være nok at sykepleier er undrende og ydmyk, opptrer respektfullt, ser pasienten inn i øynene og viser forståelse for det som er vanskelig. Andre ganger kan det være beroligende for pasienten å bli holdt i hånden eller få et teppe over kroppen (Rydé og Hjelm, 2016). En sykepleier i seg selv kan symbolisere trygghet for pasienten, og noen ganger kan det oppleves beroligende for pasienten å høre stemmen til en kjent sykepleier over telefonen. Vår erfaring fra praksis viser at dersom sykepleieren ikke tar seg tid til å snakke med pasienten eller ikke evner å trøste eller imøtekomme behovene, kan pasienten oppleve at deres angst ikke blir tatt på alvor og de kan miste tillit til sykepleieren. Det kan føre til at den nødvendige tilknytningen for å oppnå god lindring blir brutt.

Mens kvinner ofte gråter når de er deprimerte, kan menn vise mer aggresjon og irritabilitet (Rydé og Hjelm, 2016). Studien av Rydé og Hjelm (2016) viser at noen pasienter kan føle ulike grader av skam knyttet til det å gråte. Dette er avhengig av hvordan miljøet rundt pasienten oppfatter gråting og om det er skam knyttet til det. For å utøve god sykepleie er det viktig at sykepleieren identifiserer de ulike aspektene av støtte og tilnærmer seg pasienten deretter (Rydé og Hjelm, 2016). Erfaringer fra praksis har vist at en uredd og oppmerksom sykepleier kan nå helt inn til pasienten. Øyekontakt har svært mye å si i disse situasjonene. Øynene kan vise både pasient og sykepleier hvordan vi har det, og et trygt og forståelsesfullt

blikk fra sykepleieren kan være akkurat det pasienten trenger. I noen tilfeller kan pasienten føle seg trygg nok til at gråten kommer av seg selv. Om vi derimot viser redsel eller avviser en pasient som viser aggresjon eller irritabilitet rundt situasjonen sin, kan pasienten føle seg sviktet og alene.

Rydé og Hjelm (2016) beskriver studier som har vist at ulike typer gråt genererer en kraft som skaper en form for emosjonell balanse hos kreftpasienter i palliativ pleie. Gråting kan frigjøre avfallsstoffer som virker midlertidig lindrende på smerte (Rydé og Hjelm, 2016).

Erfaringsbasert praksis understøtter dette, da noen av pasientene opplyste at de opplevde en slags indre ro når gråten hadde roet seg, som om en varm bølge hadde skylt gjennom dem. Fra egne observasjoner, var pasientenes kroppsspråk og ansiktsuttrykk mer avslappet.

5.10 Musikkterapi

«Effekten lyd og musikk kan ha på mennesker er dokumentert de siste årene, særlig i forbindelse med lindrende behandling. Enkelte undersøkelser har vist både psykiske og fysiologiske effekter. Pasientene rapporterte effekt på stressymptomer, angst, depresjon og smerte» (Risberg, Nilsen og Wist, 2016, s. 105). Studien til Jasemi, Aazami og Zabihi (2016) tar for seg effekten av musikkterapi i behandlingen av angst og depresjon hos kreftpasienter. Da de fleste metodene for behandling av angst og depresjon fører med seg bivirkninger som avhengighet, svekkelse av vitale tegn, dødsighet og kvalme, er musikkterapi en ikke-invasiv metode som ikke fører med seg bivirkninger. Ifølge funnene i denne studien er bruk av musikkterapi en enkel, billig og sikker metode for å lindre angst og depresjon hos kreftpasienter. De benyttet seg av Hospital Anxiety Depression scale (HADS), for å måle nivået av angst og depresjon 24 timer før de startet intervensjonen. Deretter lyttet deltakerne til musikk minst 20 minutter per dag de tre påfølgende dagene. HADS-spørreskjema ble benyttet på slutten av hver dag og det viste en signifikant nedgang i nivået av angst og depresjon. Musikken som ble benyttet var lett, avslappende musikk i form av sjø, regn og vannlyd (Jasemi, Aazami og Zabihi, 2016).

Tidligere studier av kardiovaskulære funksjoner knyttet til musikklytting viser at det ikke er type musikk, men lytterens interesse for musikken som gir effekt. Ett funn som går igjen i flere studier er at rolig musikk på lavt volum minsker stressresponsen og hurtig musikk med høyt volum øker stressresponsen (Myskja, 2006). Studien til Jasemi, Aazami og Zabihi (2016)

sine begrensninger er at de kun har tatt for seg effekten av musikkterapi hos pasienter med kreft og i tillegg til at den kun har gått over tre dager er dette en kortvarig studie. Myskja (2006) sier at musikk må brukes varsomt og tilpasses individuelt, da palliative pasienter ofte er svekkede og overstimulering kan ha en negativ effekt. På bakgrunn av dette kan vi som sykepleiere i hjemmesykepleien bruke musikk i lindringen av angst og depresjon dersom pasientene ønsker det. Det er viktig å utnytte potensialet til ikke-medikamentelle palliative tiltak, som for eksempel musikkterapi, da noen pasienter kan være sårbare for legemiddelbivirkninger. Dermed kan behovet for legemidler mot angst og depresjon reduseres (Saltvedt og Bruun Wyller, 2016).

5.11 Etske overveielser

Etske prinsipper om frivillighet, anonymitet og informert samtykke skal ivaretas for å sikre personvernet til deltakerne og datainnsamlingen (Thidemann, 2015). Studien av Anderson, Watson og Davidson (2008) og Ryd  og Hjelm (2016) er godkjent av etske komiteer. Resten av studiene inkludert nevner ingenting om godkjennelse fra etske komiteer, men deltakerne er anonymisert for etske hensyn. I en av studiene ble kun journalene til pasientene undersøkt og det ble ikke nevnt om pasientene hadde samtykket til dette.

5.12 Innovasjon i tjenesteutvikling

For   øke kompetansen og oppmerksomheten rundt angst og depresjon hos palliative pasienter, er det viktig at det settes fokus på dette hos helsepersonell i hjemmesykepleien. Kursing og økt bevissthet rundt temaet kan være gode tiltak for   bedre tjenesten. For   øke kvaliteten i tjenesteutviklingen er det sentralt at det utdannes sykepleiere med god kompetanse. I sykepleierutdanningen kan praksisrettet undervisning være et område hvor dette kan få økt fokus, der sykepleierstudenter trenes i kartlegging og målrettet kommunikasjon. Musikkterapi kan implementeres hos pasientene som en beroligende metode og er lite tidkrevende i organiseringen av hjemmesykepleie. Noen deler av den kognitive terapien kan brukes i samtale med pasientene så lenge sykepleier har opplæring i dette. Tjenestene kan ha økt fokus på   ha et mindre antall helsepersonell hos pasientene, for   få mer kontinuitet i tjenesten. Det kan brukes skjema for kartlegging av depresjon og angst eller tidligere psykiatriske lidelser.

6.0 Konklusjon

For at sykepleier skal kunne lindre angst og depresjon hos palliative pasienter i hjemmet, er det nødvendig med tilstrekkelig kompetanse i oppdagelse og kartlegging. Når angst og depresjon hos pasienten er kartlagt må sykepleier iverksette tiltak for lindring. Etter iverksettelse av både medikamentelle og ikke-medikamentelle tiltak har sykepleier ansvar for å observere og dokumentere virkning og bivirkning av tiltakene.

Resultatene viser at medikamenter som antidepressiva og benzodiazepiner kan gi god effekt på angst og depresjon hos noen palliative pasienter. Angst og depresjon må diagnostiseres tidlig i den palliative fasen for at medikamentene skal gi god lindrende effekt. Viktigheten av tidlig oppdagelse understøttes av funnene som viser at antidepressive medikamenter oppnår full virkning etter 2-3 uker. Benzodiazepiner kan ha en rask innsettende effekt på å lindre angst, men bør brukes med forsiktighet da det kan gi uønskede bivirkninger. Kognitiv terapi kan gi god effekt på lindringen av angst og depresjon hos palliative pasienter, og kort opplæring av slike teknikker kan være nødvendig. Elementer fra kognitiv terapi kan med fordel iverksettes som en del av den daglige sykepleiepraksisen i møte med palliative pasienter. Kognitiv terapi kan være en hensiktsmessig behandling hos palliative pasienter med angst og depresjon, men antidepressive medikamenter kan ha raskere virkning, og derfor være mer hensiktsmessig for pasienter med kort levetid.

Ikke-medikamentelle tiltak kan bidra til å lindre angst og depresjon på en enkel, billig og sikker måte, uten bivirkninger. Musikterapi er mindre inngripende og kan ha en beroligende effekt som kan bidra til å lindre angst og depresjon hos noen palliative pasienter. Angst og depresjon kan uttrykkes på forskjellige måter, og gråt er et uttrykk for psykisk smerte. Ved at sykepleier tar seg tid til samtale, viser støtte, forståelse og respekt for pasientens integritet, kan sykepleier bidra til å lindre angst og depresjon. Det er viktig å finne en balanse mellom fysisk nærhet og tilstedeværelse. For at ikke-medikamentelle tiltak skal ha effekt, bør pasienten ha tilstrekkelig energi, konsentrasjon og hukommelse.

Funnene i litteraturstudien viser at det er nødvendig med mer opplæring og undervisning rundt angst og depresjon hos palliative pasienter. Resultatene viser at det er lite forskning på angst og depresjon hos palliative pasienter. På bakgrunn av disse funnene mener vi at det er et område det bør forskes videre på.

7.0 Litteraturliste

Anderson, T., Watson, M. og Davidson, R. (2008) *The use of cognitive behavioural therapy techniques for anxiety and depression in hospice patients: a feasibility study*. Tilgjengelig fra: <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/0269216308095157?fbclid=IwAR0OszvVm0bFO7tJti9LaWBqwu2FheMS9VSidKWZ2b6d3KqT7tmyWdr12Gk> (Hentet: 01.04.2019)

Avenyard, H. (2014) *Doing a Literature Review in Health and Social Care*. Utgave 3. Berkshire: Open university press.

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

Brenne, A-T. og Estenstad, B. (2016) Hjemmedød, i Kaasa, S. og Loge, J. H. (red.) *Palliasjon*. Utgave 3. Oslo: Gyldendal Akademisk. S. 161-171.

Eriksen, S. (2016) Menneskets psykososiale behov, i Grov, E. K. og Holter, I. M. (red.) *Geriatrisk sykepleie – Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*. Oslo: Cappelen Damm AS s. 887-905

Fermann, T. og Næss, G. (2015) Sykepleie til eldre i hjemmesykepleien, i Kirkevold, M., Brodtkorb, K. og Ranhoff, A. H. (red.) *Geriatrisk sykepleie - God omsorg til den gamle pasienten*. 2. utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk. s. 238-261.

Finset, A. (2016) Atferdsmessige og psykologiske forhold, i Kaasa, S. og Loge, J. H. (red.) *Palliasjon*. Utgave 3. Oslo: Gyldendal Akademisk. s. 62-72.

Finset, A. (2016) Smertepsykologi, i Kaasa, S. og Loge, J. H. (red.) *Palliasjon*. Utgave 3. Oslo: Gyldendal Akademisk. s. 372-385.

Grov, E. K. (2015) Pleie og omsorg ved livets slutt, i Kirkevold, M., Brodtkorb, K. og Ranhoff, A. H. (red.) *Geriatrisk sykepleie - God omsorg til den gamle pasienten*. 2. utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk. s. 522-537.

Haugen, D. F. og Aass, N. (2016) Organisering av palliative tilbud, i Kaasa, S. og Loge, J. H. (red.) *Palliasjon*. Utgave 3. Oslo: Gyldendal Akademisk. s. 112-124.

Helsebiblioteket (2010) Tilgjengelig fra:

<https://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/palliasjon/innledning-revidert/definisjon-av-palliasjon> (Hentet: 01.04.2019).

Helsedirektoratet (2018) *Nasjonale faglige råd for lindrende behandling i livets slutfase*.

Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/palliasjon/nasjonale-faglige-rad-for-lindrende-behandling-i-livets-slutfase#innledning> (Hentet: 21.03.2019)

Helse- og omsorgstjenesteloven (2011) *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester*.

Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30?q=helse%20og%20omsorgs> (Hentet: 09.05.2019)

Helsepersonelloven (1999) *Lov om helsepersonell*. Tilgjengelig fra:

https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64/KAPITTEL_2#KAPITTEL_2
(Hentet: 14.05.2019)

Henderson, M. *et al.* (2006) *The use of benzodiazepines in palliative care*. Tilgjengelig fra:

<https://journals.sagepub.com/doi/10.1191/0269216306pm1151oa> (Hentet: 12.04.2019)

Henderson, V. (1997) *Basic Principles of Nursing Care*. 2. Utgave, International Council of Nurses, United States of America

Heyn, L. (2016) Kommunikasjon - menneskets grunnleggende behov for å forstå og å bli forstått, i Grov, E. K. og Holter, I. M. (red.) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*. 5. Utgave. Oslo: Cappelen Damm As, s.363-364.

Hirsch, A. og Røen, I. (2016) Ivaretagelse av åndelige og eksistensielle behov, i Kaasa, S. og Loge, J. H. (red.) *Palliasjon*. Utgave 3. Oslo: Gyldendal Akademisk. s. 315-325.

Holter, I. M. (2016) Sykepleierprofesjonens grunnleggende kjennetegn, i Grov, E. K. og Holter, I. M. (red.) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*. 5. Utgave. Oslo: Cappelen Damm As, s. 107-117.

Hummelvoll, J. K. (2004) *Helt - ikke stykkevis og delt*. 6. utgave. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Jasemi, M., Aazami, S. og Zabihi, R. E. (2016) *The Effects of Music Therapy on Anxiety and Depression of Cancer Patients*. Tilgjengelig fra: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27803568> (Hentet: 27.03.2019).

Kalfoss, M. H. (2013) Møte med lidende og døende pasienter - sykepleierens møte med seg selv, i Stubberud, D.-G., Grønseth, R. og Almås, H. (red.) *Klinisk sykepleie 2*. 4. utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk. s. 475-499.

Kringlen, E. og Finset, A. (2002) *Den kliniske samtalen*. Utgave 1. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Kvaal, K. (2015) Angst og depresjon, i Kirkevold, M., Brodtkorb, K. og Ranhoff, A. H. (red.) *Geriatrisk sykepleie - God omsorg til den gamle pasienten*. 2. utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk. s. 438-449.

Kaasa, S. og Loge, J. H. (2016) *Palliasjon*. Utgave 3. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kaasa, S. og Loge, J. H. (2016) Den palliative konsultasjonen – med fokus på kreftpasienter, i Kaasa, S. og Loge, J. H. (red.) *Palliasjon*. Utgave 3. Oslo: Gyldendal Akademisk. s. 190-201

Kaasa, S. og Loge, J. H. (2016) Palliativ medisin – en innledning, i Kaasa, S. og Loge, J. H. (red.) *Palliasjon*. Utgave 3. Oslo: Gyldendal Akademisk. s. 35-50

Lloyd-Williams, M. og Payne, S. (2003) *A qualitative study of clinical nurse specialists' views on depression in palliative care patients*. Tilgjengelig fra:

<https://search.proquest.com/docview/217831583?accountid=12870> (Hentet: 01.04.2019)

Lloyd-Williams, M. og Payne, S. (2002) *Nurse Specialist Assessment and Management of Palliative Care Patients Who Are Depressed - a Study of Perceptions and Attitudes*.

Tilgjengelig fra:

<https://journals.sagepub.com/doi/metrics/10.1177/082585970201800404> (Hentet: 09.04.2019)

Loge, J. H. (2016) Praktisk klinisk kommunikasjon, i Kaasa, S. og Loge, J. H. (red.) *Palliasjon*. Utgave 3. Oslo: Gyldendal Akademisk. s. 216-229.

Loge, J. H. og Kaasa, S. (2016) Angst og depresjon, i Kaasa, S. og Loge, J. H. (red.) *Palliasjon*. Utgave 3. Oslo: Gyldendal Akademisk. s. 473-499.

Mathisen, J. (2016) Hva er sykepleie, i Grov, E. K. og Holter, I. M. (red.) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*. 5. utgave. Oslo: Cappelen Damm As, s. 119-141.

Myskja, A. (2006) *Den siste song – sang og musikk som støtte I rehabilitering og lindrende behandling*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS

Norsk sykepleierforbund (2019) *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*, tilgjengelig fra: <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere> (Hentet: 29.04.2019)

NOU 2017: 16 (2017) *På liv og død. Palliasjon til alvorlig syke og døende*. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/ed91baf5d25945b1a0b096c0ce376930/no/pdfs/nou201720170016000dddpdfs.pdf> (Hentet: 24.04.2019)

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. Tilgjengelig fra: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient%20og%20brukerrettighet#KAPITTEL_2 (Hentet: 09.05.2019)

Paulsen, Ø. Haugstøl, T og Rosland, J. H. (2016) Palliative team på sykehus, i Kaasa, S. og Loge, J. H. (red.) *Palliasjon*. Utgave 3. Oslo: Gyldendal Akademisk s. 139-159.

Rayner, L. et al. (2010) *Antidepressants for the treatment of depression in palliative care: systematic review and meta-analysis*. Tilgjengelig fra:

https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/0269216310380764?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%3dpubmed (Hentet: 01.04.2019)

Risberg, T., Nilsen, O. G. og Wist, E. (2016) Alternativ og komplementær behandling, i Kaasa, S. og Loge, J. H. (red.) *Palliasjon*. Utgave 3. Oslo: Gyldendal Akademisk. s. 97-108.

Rydé, K. og Hjelm, K (2016) *How to support patients who are crying in palliative home care: an interview study from the nurses' perspective*. Tilgjengelig fra:

<https://www.cambridge.org/core/journals/primary-health-care-research-and-development/article/how-to-support-patients-who-are-crying-in-palliative-home-care-an-interview-study-from-the-nurses-perspective/A92232A465416AD149F2A67CF477B4F2>

(Hentet: 21.03.2019)

Saltvedt, I. og Bruun Wyller, T. (2016) Palliativ behandling av gamle, i Kaasa, S. og Loge, J. H. (red.) *Palliasjon*. Utgave 3. Oslo: Gyldendal Akademisk. s. 262-273.

Skårderud, F., Haugsgjerd, S. og Stänicke, E. (2016) *Psykiatriboken*. Utgave 1. Oslo: Gyldendal Akademisk

Stensheim, H, Hjermstad, M. J og Loge, J. H. (2016) Ivaretagelse av pårørende, i Kaasa, S. og Loge, J. H. (red.) *Palliasjon*. Utgave 3. Oslo: Gyldendal Akademisk s. 274.285.

Stubberud, D.G. (2016) Bevissthet, i Grov, E. K. og Holter, I. M. (red.) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*. 5. utgave. Oslo: Cappelen Damm As, s. 491-511.

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

<https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf> (Hentet: 07.03.2019).

Thidemann, I.-J. (2015) *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter*. Oslo: Universitetsforlaget

Thomas, H., Randolph, M. og Pruemer, J. (2015) *The effects of a palliative care program on antidepressant use and continuing maintenance medications in near end-of-life oncology patients (the HEALED study)*. Tilgjengelig fra:

<https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1078155214531608> (Hentet: 02.04.2019)

Thoresen, L. og Dahl, M. (2015) Sykepleie til den døende pasienten, i Grov, E. K. og Holter, I. M. (red.) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*. Utgave 5. Oslo: Cappelen Damm Akademisk. s. 926-956.

Tømmerbakk, M. (2007) *Pleie ved livets slutt*. Tilgjengelig fra:

<https://sykepleien.no/forskning/2007/09/pleie-ved-livets-slutt> (Hentet: 08.03.2019)

