

Gabrielle Rein [kandidatnr: 10001]

Hvilke forberedelser kan sykepleiere gjøre i spesialisthelsetjeneste før utskrivelse av palliative kreftpasienter?

Bacheloroppgave i Sykepleie

Veileder: Bente Hamnes

Mai 2023

Gabrielle Rein [kandidatnr: 10001]

Hvilke forberedelser kan sykepleiere gjøre i spesialisthelsetjeneste før utskrivelse av palliative kreftpasienter?

Bacheloroppgave i Sykepleie
Veileder: Bente Hamnes
Mai 2023

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for helsevitenskap i Gjøvik



Kunnskap for en bedre verden

SAMMENDRAG

Tittel:	Hvilke forberedelser kan sykepleiere gjøre i	Dato : 16.05.23
	spesialisthelsetjeneste før utskrivelse av palliative	
	kreftpasienter?	
Forfattere:	Gabrielle Rein (kandidatnr.: 10001)	
Veileder(e):	Bente Hamnes	
Stikkord/nøkkelord (3-5 stk)	Palliasjon, palliative pasienter, kreftpasienter, sykepleie, forberedelser	
Antall sider/ord: 49/ 8781	Antall vedlegg: 3	

Kort beskrivelse av bacheloroppgaven:

Hensikt: Hensikten med litteraturstudien er å undersøke hvilke forberedelser sykepleiere kan gjøre ved spesialisthelsetjenesten før utskrivelse av palliative kreftpasienter. Palliative kreftpasientene har forventet kort levetid og opplever mye smerte og angst i siste tiden. Det er ønskelig å bedre prosedyrer slik at pasientene kan føle seg trygge, godt ivaretatt og øke livskvalitet. Det er viktig at pasientens grunnleggende behov blir ivaretatt fram til siste åndedrag.

Metode: Litteraturstudie ble brukt for å besvare problemstilling. Det ble utført strukturerte søk i databasene PubMed og CINAHL, og 6 forskningsartikler ble funnet. Forskningsartiklene ble kritisk vurdert. Funnene i forskningsartiklene ble drøftet opp mot relevant litteratur.

Resultat: Samarbeid mellom helsetjenester, sykepleievurdering, kommunikasjon med pasient og tidlige intervensjoner er viktige faktorer når det gjelder forberedelser som skal gjøres før utskrivelse av palliative kreftpasienter. Ordentlige samtaler, relasjonsbygging, vurdering av pasientens total pain og god dokumentasjon er andre elementer som er viktige for å ta med når man gjør forberedelser.

Konklusjon: God kommunikasjon og relasjonsbygging med pasientene er noe av det viktigste man kan gjøre som sykepleier. God kommunikasjon med andre helsetjenester og helsepersonell skal ikke undervurderes. Ordentlig kommunikasjon og dokumentasjon sikrer at pasienten blir godt ivaretatt etter utskrivelse. Det øker sannsynligheten for at alle pasientens behov og ønsker blir ivaretatt. Videre studier er nødvendige for å undersøke effekt.

ABSTRACT

Title:	What preparations can nurses do at hospitals prior to	Date : 16.05.23
	discharge of palliative cancer patients?	
Authors:	Gabrielle Rein (candidate nr.: 10001)	
Supervisor(s)	Bente Hamnes	
Keywords (3-5)	Palliative care, palliative patients, cancer patients, nurse, preparations	
Number of pages/words: 49/ 8781		Number of appendix: 3

Short description of the bachelor thesis:

Purpose: The purpose of this literature review is to see what type of preparations nurses can do at hospitals prior to discharge of palliative cancer patients. Palliative cancer patients have short life expectancy and experience a lot of pain and anxiety at the end-of-life period. It is desirable to better procedures so that patients can feel safer, well taken care of and quality of life improves. It is important that patients' basic needs are taken care of until the last breath of air.

Method: Literature review was used to for this thesis. Structured searches in PubMed and CINAHL databases resulted in 6 relevant articles. These research articles were critically analyzed. Findings in these research articles were discussed up to relevant literature.

Results: Cooperation between health services, nurse assessment, communication with patient and early interventions are important factors regarding the preparations to be done upon discharge of palliative cancer patients. Proper conversations, relationship building and assessing patients' total pain as well as good documentation are other elements that are important to account for when doing preparations.

Conclusion: Good communication and relationship building with patients are some of the most important things a nurse can do. Good communication with other health services and healthcare personnel should not be underestimated. Proper communication and documentation ensure that patients get taken care of after discharge. Those factors increase probability that patients needs and wishes are followed. Further study is needed to assess effects.

Innholdsfortegnelse

1. Innledning.....	7
2. Bakgrunn.....	8
2.1. Cicely Saunders.....	8
2.2. Sykepleieteori.....	8
2.3. Pasientgruppe.....	10
2.4. Grunnleggende behov.....	10
2.5. Palliasjon.....	11
2.6. Pasientsikkerhet, lovverk og yrkesetikk.....	11
3. Studiens hensikt.....	13
3.1. Problemstilling.....	13
3.2. Avgrensninger.....	13
4. Metode.....	14
4.1. Litteraturstudie som metode.....	14
4.2. Søkestrategi.....	15
4.3. Forskningsetikk.....	15
4.4. Inklusjons- og eksklusjonskriterier.....	16
4.5. Litteratursøk.....	16
4.5.1. Søkehistorikk.....	17
4.5.2. Valg av forskningsartikler.....	18
4.6. Presentasjon av funn.....	18
4.6.1. Artikkel nr. 1.....	19
4.6.2. Artikkel nr. 2.....	20
4.6.3. Artikkel nr. 3.....	21
4.6.4. Artikkel nr. 4.....	22
4.6.5. Artikkel nr. 5.....	23
4.6.6. Artikkel nr. 6.....	24
4.7. Kildekritikk.....	25
5. Analyse av funn.....	26
5.1. Samarbeid mellom helsetjenester.....	26
5.2. Sykepleievurdering.....	26
5.3. Kommunikasjon med pasienten.....	27
5.4. Tidlig intervensjon.....	27

6.	Drøfting	28
6.1.	Samarbeid mellom helsetjenester	28
6.2.	Sykepleievurdering	30
6.3.	Kommunikasjon med pasient	32
6.4.	Tidlig intervensjon	34
6.5.	Innovasjon	36
6.6.	Metodediskusjon	38
7.	Konklusjon	40
8.	Referanseliste	41
9.	Vedlegg	45
9.1.	Vedlegg 1 – Funksjonsbeskrivelse: Sykepleie til palliative pasienter.....	45
9.2.	Vedlegg 2 – Sjekkliste pasientbehandling palliative pasient.....	47
9.3.	Vedlegg 3 – Retningslinjer for bruk av ESAS -r.....	48

1. Innledning

Døden er en del av livet og det finnes ingen fasit for hva som er en god død. Døden kan sammenlignes med en prosess. For å oppnå en god død kan det være nok med å leve godt. Hos enkelte kommer døden tidligere enn forventet grunnet sykdom som kreft. Det er den palliative pasientgruppen i alderen ca. 20 – 70 år som vil være i fokus i denne oppgaven.

Palliasjon er ikke bare lindring av den fysiske smerte. I 2019 har det kommet stortingsmelding om palliasjon og lindrende omsorg (Meld. St. 24 (2019-2020)). Målet med Meld. St. 24 (2019-2020) er:

- Synliggjøre døden som en del av livet.
- Bidra til at de som har behov for det, får tilgang til lindrende behandling og omsorg.
- Legge til rette for best mulig livskvalitet og valgfrihet i lindrende behandling og omsorg, valgfrihet til å bestemme hvor man ønsker å dø, også om man ønsker å dø hjemme.

For dem som mottar palliasjon er det viktig å bli hørt og respektert (Meld. St. 24 (2019-2020)). God kommunikasjon og relasjonsbygging er tidskrevende. Egen erfaring viser at under travle dager på sengepost kommunikasjonen er nedprioritert av helsepersonell. Svikt i kommunikasjon er en av årsakene til uønskede hendelser (Eide og Eide, 2018). God kommunikasjon med pasienten er et hjelpemiddel som kan brukes til å få en helhetlig bildet av dem.

En god profesjonell kommunikasjon er personorientert (Eide og Eide, 2018). Man ser ikke den andre som en pasient, men som en hel person og kommunikasjonen bidrar til mestring og bedring av situasjonen til den enkelte. Ved å vite at døden er nær, gir det mulighet for planlegging og forbedring av den siste tiden. Sykepleiere kan ta med sine kommunikasjonsferdigheter og starte en dialog med pasienten rundt det.

2. Bakgrunn

Meld. St. 24 (2019-2020) satte mer søkelys på hjemmetid og hjemmedød for personer i livets siste fase. Det er viktig at sykepleiere reflekterer over hvem pasienten er når man vurderer og setter målene for framtid (Sønning, 2021). Sykepleiere skal lære å føle på pasientens frykt, usikkerhet, glede og trygghet. Kreftforening (2015) tar opp spørsmål om behandlere setter for stort søkelys på livskvantitet i stedet for å fokusere på livskvalitet.

2.1. Cicely Saunders

Sykepleier, sosial arbeider og lege Cicely Saunders er grunnleggeren og pioner av den moderne palliative pleie (Gulbrandsen, 2001). Menneskets ukrenkelige verdi er viktig til siste pust og hun uttalte seg slik (Rønsen og Lykke Trier, 2022):

«You matter because you are you. You matter to the last moment of your life, and we will do all we can to help you, not only to die peacefully, but to live until you die.» (Rønsen og Lykke Trier, 2022, s. 22).

Cicely Saunders møtte en mann på 1940-tallet som fikk henne til å dedikere livet sitt til palliativ medisin (Gulbrandsen, 2001). Det var de samtalene hun hadde med ham som skapte ideen om et eget sted for døende mennesker. Samtalen hun hadde med ham handlet om ønsker for siste fasen. Cicely mente at smertelindring hos døende pasienter er mer omfattende og ikke bare fysiske (Morland, 2016). Hun lanserte begrepet «total pain». Total pain innebærer psykiske, sosiale, følelsesmessige og åndelige problemer som pasienten kan møte på i palliative fase. Hun var kritisk til smertelindring som var praktisert. Det førte til at hun testet sin ide om «total pain». Saunders lå merke til at pasienter som fikk omsorg rundt åndelige spørsmål trengte mindre medikamentell smertelindring (Morland, 2016).

2.2. Sykepleieteori

Det å utøve sykepleie betyr å handle med personorientert profesjonalitet, faglig omsorg og situasjonsbestemt skjønnsutøvelse (Rønsen og Lykke Trier, 2022). Det er nødvendig å ha gode kunnskaper om palliasjon, men imidlertid ikke nok. Empatien står sentralt i

sykepleierollen og hjelper sykepleiere å sette seg inn i den sykes perspektiv, livssyn, syn på døden og livshistorier. Det finnes en rekke prosedyrer og kartleggingsverktøy i ulike databaser, men erfaringsbaserte kunnskaper er det beste hjelpeverktøyet en sykepleie kan ha (Rønsen og Lykke Trier, 2022).

Sykehuset Innlandet (SI) har funksjonsbeskrivelse for sykepleie til palliative pasienter (se vedlegg 1). Hovedoppgaver for sykepleier til palliative pasienter er som følger:

- Følge postens rutiner og utøve sykepleie i samsvar med yrkesetiske retningslinjer.
- Det skal brukes en sjekklister aktivt gjennom oppholdet (se vedlegg 2).
- Sykepleierne skal ha søkelys på følgende:
 - Individuell plan eller melde fra til kommunen om et behov.
 - Benytte ESAS skjema for kartlegging av symptomer.
 - Kunnskap om medikamenter for lindring i livets slutfase.
 - Tverrfaglighet (f.eks. samarbeid med Palliative Team).
 - Nettverksmøter.
 - Opprette kontakt med kreftkontakten i kommunen.
- Jobbe etter gruppas målsetting:
 - Behandling som gir best mulig pleie og omsorg ut fra helhetsprinsipp.
 - Omsorg som sikrer nødvendig smerte- og symptombehandling.
 - Omsorg som vektlegger tverrfaglig samarbeid der kvalitet, trygghet og livskvalitet er hovedmålet for samarbeid.
 - Pårørende ses på som ressurs og sikrer nødvendig informasjon og støtte.

Lorensen og Grov (2016) beskriver arbeidsmetode i sykepleie som: datasamling, klinisk vurdering, iverksetting av tiltak og intervensjoner, og evaluering. Det vektlegges tverrfaglig samarbeid og profesjoner inkludert kan være: leger, sykepleiere, fysioterapeuter, ergoterapeuter, sosionomer, klinisk ernæringsfysiologer, logopeder, prest, psykolog/ psykiater og psykiatrisk sykepleier (Helsedirektoratet, 2019).

2.3. Pasientgruppe

Palliative kreftpasienter nær døden er ekstremt sårbare. Sårbarhet kommer når en person ikke har de verktøyene som er nødvendig for å mestre situasjon (Håkonsen, 2015). Palliative kreftpasientene mangler kontroll og trygghetsfølelsen minsker. Sykepleiere setter stort søkelys på somatiske sykdommer grunnet høy arbeidsbelastning. De har for lite tid til disposisjon for å ivareta pasienten som helhetlig mennesket (Rønsen og Lykke Trier, 2022). Det er stort variasjon blant palliative pasienter og situasjonen vil også endre seg gjennom det lange forløpet (Hirsch og Røen, 2018). Behandlingen og symptomer vil begrense og påvirke dagligdagsliv.

2.4. Grunnleggende behov

Det er ingen fasit på hva den gode døden er og det varierer fra person til person (Lorensen og Grov, 2016). Døden er en prosess og kreftpasienter ofte frykter smerte mer enn døden. De ofte føler seg ensomme i lidelsen og har stort behov for andre mennesker. Hirsch og Røen (2018) har beskrevet den palliative pasientens grunnleggende behov. Grunnleggende behov for palliativ pasient er delt i to: «Best mulig livskvalitet» og «behov for å avslutte og fullføre livet». Best mulig livskvalitet går ut på (Hirsch og Røen, 2018):

- Kontroll og involvering.
- Være en del av nærmestes liv.
- Autonomi – delta i beslutninger for eget liv.
- Ha håp og holde motet oppe.
- Leve i øyeblikket.

Behovet for å avslutte og fullføre livet kan deles i (Hirsch og Røen, 2018):

- Memento mori, som betyr at man skal erkjenne døden.
- Planlegge det ugjorte som man ønsker å utføre.
- Bedre relasjoner til viktige folk og komme nærmere de nærmeste.
- Forsone seg med seg selv, andre, guddommelig osv.
- Tilgi andre og bli tilgitt.
- Oppsummere livet sitt.
- Sørge og slippe taket.

2.5. Palliasjon

I palliativ omsorg brukes begrepet «total pain» om smerte som et fenomen med mange fasetter (Rønsen og Lykke Trier, 2022). Sykepleiere skal være der for kreftpasienten helt til slutten og kjempe for at pasientens ukrenkelige verdi beholdes til siste åndedrag. Vigstad et. al. (2018) poengterte i studien som de utførte at en del av god palliasjon er opp til sykepleiere. Det er viktig at sykepleiere er oppmerksomme på hvilke symptomer de klarer å observere og har god kunnskap om de.

Kuczarski og Odejide (2021) beskriver hva en ‘God død’ er til kreftpasienter. Det er behov for flere intervensjoner, begynne tidligere med palliasjon og planlegging av veien videre. Ferrel et. al. (2021) utførte studien der man integrerte opplæring av sykepleiere i palliasjon og hadde gode resultater. Sykepleiere ble mer bevisste på palliasjon og klarte iverksette flere tiltak. Kaase og Loge (2018) beskriver palliasjon som behandling, pleie og omsorg. Det er en rekke forhold som påvirker palliasjon. Noen av de faktorer er forventninger i samfunnet, kunnskaper i medisin, flere lever lenger, kultur og syn i helsevesenet.

2.6. Pasientsikkerhet, lovverk og yrkesetikk

Helsedirektoratet (2019) har en koordinerende rolle for helsetjenesten på tvers av helseregioner og tjenestenivå av Nasjonal helseplan for kreftomsorgen. De nasjonale retningslinjene fra Helsedirektoratet er betraktet som anbefalinger og råd. Det er stort søkelys på god dokumentasjon i norsk helsevesenet. Dette er for å forebygge uønskede hendelser og unngå feil behandling. Danielsen og Fjær (2010) har undersøkt faglige og organisatoriske forhold som er problematiske i forbindelse med overføring av pasienter mellom sykehus og kommune. Resultater viser at kommunikasjonslinjene var ofte ineffektive, og forhandlingene mellom systemene ble tilspisset mot helg.

Nordsveen og Andershed (2015) tar opp spørsmålet om palliative pasienter på vei hjem i Innlandet. Sykepleiere i hjemmetjenesten påpekte at det er viktig at sykepleiere ved spesialisthelsetjenesten gir fra seg god nok informasjon. Sykepleiere ved primær- og

spesialisthelsetjenesten ønsker å foreta samarbeidsmøte før utskrivelsen slik at pasientens ønsker og behov blir ivaretatt.

Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere fremhever at sykepleie skal utøves i henhold til retningslinjer; man skal ha respekt for det enkelte menneskets liv og verdighet. Yrket skal bygges på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene (NSF, 2019). Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helsetjenesten (2017) sikrer at alle som yter helsetjenester har plikt til å sørge for at virksomheten jobber med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet. Forskriften har som mål til å bidra til faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester og pasient- og brukersikkerhet. Kvalitetsforbedring er en av målene til forskriften. I tillegg finnes det pasient- og brukerrettighetsloven (2001) som inneholder rettsregler om de rettigheter pasienter og brukere har overfor helse- og omsorgstjenesten.

3. Studiens hensikt

Hensikten med denne oppgaven er å se nærmere på prosedyrer som finnes ved planlegging av palliasjon og hjemmetid for pasienter med kreft som har forventet kort levetid. Det er ønskelig å finne ut hvilke forberedelser sykepleiere i spesialisthelsetjeneste kan gjøre før utskrivelse av palliative pasienter, slik at pasientene føler seg godt ivaretatt og jobben for kommunehelsetjenesten blir lettet. Man skal se på prosedyrer som finnes ved Sykehuset Innlandet. Det skal tas med sykepleieperspektiv og pasientens egne opplevelser. Det brukes for å finne forbedringspotensialer. Målet er å bedre prosedyrer i spesialisthelsetjenesten slik at pasienter med uforbederlig kreftdiagnose kan tilbringe lengst mulig tid hjemme den siste tiden.

3.1. Problemstilling

Målet med oppgaven kan oppsummeres med denne problemstilling:

Hvilke forberedelser kan sykepleiere gjøre i spesialisthelsetjeneste før utskrivelse av palliative kreftpasienter?

3.2. Avgrensninger

I denne oppgaven, har man søkelys på kreftpasienter som er relativt oppegående og i voksen alder, 20 -70 år. Det skal ekskluderes eldre pasienter som har aldersbetinget kognitiv svikt som gjør at de ikke klarer seg hjemme. Pårørende er ofte inkludert i bestemmelse i slike situasjoner, men grunnet omfang av oppgaven er det valgt å ikke inkludere de. Barn med kreft ekskluderes da det er helt annen pasientgruppe med større behov for omsorg fra både helsetjenesten og foreldre.

4. Metode

Metode er et verktøy som brukes til å samle inn og behandle forskjellige data (Larsen, 2017). Det er et middel og framgangsmåte til å finne en løsning til problemstilling og komme fram til ny kunnskap. Bacheloroppgaven i sykepleie bruker en litteraturstudie som metode.

4.1. Litteraturstudie som metode

Litteraturstudie er en metode der man utfører et systematisk søk i tidligere forskning som er relevant og som svarer på en problemstilling (Magnus og Bakketeig, 2000). Fordelen med litteraturstudie er at man har mulighet til å gå gjennom relevante funn med et kritisk blikk. Man har mulighet til å sammenfatte viktig og relevant data for problemstillingen og bidra med egne erfaringer og kunnskap fra tilgjengelig litteratur. Når man leser en litteraturstudie fører det til at personlige oppfatninger endres om temaet (Thidemann, 2020). Målet til slutt er å ikke fremstille ny kunnskap, men bruke og anvende den kunnskapen som allerede finnes i nye løsninger og bedre praksisen.

I forskningsartikler brukes det ofte kvalitative eller kvantitative metoder. Kvalitative forskningsmetoder kan inkludere forskjellige metoder for datainnsamling som intervjuer, fokusgrupper eller deltakende observasjoner og er en del av den humanvitenskapelige (Thidemann, 2020). Ved å bruke denne type metode for innsamling av data kan man oppnå dybdekunnskap og helhetlig bildet av det man observerer.

Kvantitative forskningsmetoder bruker data. Det vil si, de bruker målbare enheter som tall og kan sies å være mer objektiv. Denne type forskningsmetode brukes til å utvikle en form for representativ oversikt over generelle forhold for å teste aktuelle hypoteser eller teorier (Grønmo, 2021). Denne type data er uttrykt i form av reliabilitet og validitet som er avhengig av nøyaktigheten av datainnsamling som ble foretatt.

4.2. Søkestrategi

Søkestrategi som er brukt er tilpasset litteraturstudie, det vil si, systematisk søk som ble planlagt ut ifra problemstillingen. Problemstillingen ble delt opp slik at det var mulig å finne rette søkeord som kan brukes i søk i databasene: sykepleieprosedyrer og palliasjon i sykehus, palliasjon hjemme, kreft pasienter og hjemmedød, kommunikasjon mellom sykehus og kommunehelsetjenesten, forlengelse av hjemmetid for kreftpasienter.

MeSH og Keyword var brukt for å komme fram til relevante forskningsartikler. MeSH står for Medical Subject Headings og er et emneordssystem som brukes i enkelte databaser for forskningsartikler som CINAHL (Thidemann, 2020). Keywords er et søk der man søker etter nøkkelord i artiklene. Fremgangsmåten er dokumentert og kan senere etterprøves.

4.3. Forskningsetikk

Forskningsetikk har som formål å ivareta deltakere kontinuerlig gjennom hele prosessen og passer på at forskningen bidrar til nye og verdifulle kunnskaper (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2009). Man har helseforskningsloven som stiller minstekrav til både innhold og organisering (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2009). Land som Norge og mange andre vestlige land er bundet til internasjonale forskningsetiske bestemmelser.

4.4. Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Tabell 1. Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Språk: Engelsk og Norsk	Eldre enn 10 år
Sykepleie- or pasientfokus	Studier som ikke er overførbare til norsk helsevesen
Fagfellevurdert artikkel	
IMRAD-struktur	
Kvalitative og kvantitative metoder	
Forskning utført i vestlige land, eller med direkte overføringsverdi til Norge	
Sykepleiefaglig fokus	
Pasientens egne opplevelser	
Følger etiske retningslinjer	
Palliasjon av kreftpasienter	
Dokumentasjon og kommunikasjon	
Autonomi og pasientsikkerhet	

4.5. Litteratursøk

Søkehistorikk blir presentert i tabellform under. Det var brukt CINAHL- og PubMed-databaser for å finne relevante forskningsartikler. PubMed er en av de største databasene for biomedisin og helse (PubMed (Medline), ingen dato). Den dekker materiale fra både biomedisinsk grunnforskning, klinisk og sykdomsorientert. CINAHL database inneholder artikler på engelsk innenfor sykepleiefaget og andre helsereelatert forskning (CINAHL complete, ingen dato). Det er brukt samme søkeord i begge databaser.

4.5.1. Søkehistorikk

Tabell 2. Søkehistorikk PubMed

Søkeord	Kombinasjoner	Treff (PubMed)	Utvalgte artikler:	Dato:
1. Palliative cancer patient	1	4022		04.01.23
2. Home death	2	538		04.01.23
	1 AND 2	16		04.01.23
3. Cancer patients transition from hospital to home care	3	15	«Threats to safe transitions from hospital to home: a consensus study in North West London primary care»	04.01.23
4. Nurse role preparing cancer patients	4	9		
5. End of life care cancer patient wishes	5	26	«Advance Care Planning Among Patients with Advanced Cancer»	04.01.23
6. Quality life	5 AND 6	15	«Randomized Trial of a Palliative Care Intervention to Improve End-of-Life Care Discussions in Patients With Metastatic Breast Cancer.»	04.01.23
7. home death cancer patients	7	86		
8. wishes	7 AND 8	4		
	7 AND 8	1 artikkel fant via citation	«Visiting Nurses' Perspectives on Practices to Achieve End-Of-Life Cancer Patients' Wishes for Death at Home: A Qualitative Study»	04.01.23

Tabell 3. Søkehistorikk CINAHL

Søkeord	Kombinasjoner	Treff (CINAHL)	Utvalgte artikler:	
	1 AND 2	35945		
	3	49135		
	4	5992		
	1	130	«A good death from the perspective of palliative cancer patients» «Cancer patients spend more time at home and more often die at home with advance care planning conversations in primary health care: a retrospective observational cohort study»	27.03.23
	5	4058		
	6	228		
	7	113083		
	8	4958		

4.5.2. Valg av forskningsartikler

Man lever i flerkulturelt samfunn og globalisering påvirker oss i det daglige. Når det kommer til forskning, ser man ofte ut i verden for å se om de nye metodene fungerer eller ikke for å få inspirasjon. Forskningsartikler som ble valgt, omhandler pasienter i palliasjon og sykepleierolle i møte med pasienter nær døden. Forskningsartiklene er fra USA, England, Japan, Sverige og Norge. Hver artikkel har klart formulert problemstilling og svarer godt på problemstilling (Helsebiblioteket, 2021). Det har blitt funnet flere artikler som ble inkludert i bakgrunn og som støtte litteratur.

4.6. Presentasjon av funn

Hver forskningsartikkel blir presentert i tabell for seg selv. Hver artikkel som presenteres under har blitt kritisk vurdert etter sjekkliste (Helsebiblioteket, 2021).

4.6.1. Artikkel nr. 1

Tabell 4. Artikkelpresentasjon 1

Forfattere	Markiewicz et. al.
Tidsskrift	Br J Gen Pract
Årstall	2019
Land	UK
Tittel	Threats to safe transitions from hospital to home: a consensus study in Northwest London primary care
Hensikt	Oppdage farer som finnes ved overføring av pasienter fra spesialisthelsetjeneste til primærhelsetjeneste.
Keyword	Communication, patient handover, patient discharge, transition of care
Metode	Runde 1 brukte fritekst ide-genererende runde og Runde 2 og 3 brukte spørreskjemaer for vurdering. Spørreskjemaene ble fylt ut på teammøter.
Resultat/ diskusjon	I runde 1 ble det identifisert 9 trusler som omhandler kommunikasjon, organisering, medikamenter og pasienter som var mest utsatte ved overføring. Overføring av instruksjoner fra spesialisthelsetjeneste til primærhelsetjeneste var rangert høyest. Eldre pasienter med komplekst komorbide var utvalgt som mest sårbare.
Konklusjon	Studien har identifisert spesifikke trusler når det gjelder overføring av pasienter fra spesialisthelsetjeneste til primærhelsetjeneste. Helsetjenester kan bruke de identifiserte truslene for å lage mål for å bedre kvalitet på tjenester.
Relevans	Trusler ved overføring av pasienter fra spesialisthelsetjeneste til primærhelsetjeneste
Kildekritikk	<p>Styrker: Forskningsartikkel er fra 2019. Studien er utført i England og har noenlunde lignende system som i Norge. Deltakere representerer 10 % av helsetjeneste og over 310 000 pasienter. Studien inkluderer både kliniske og ikke-kliniske deltakere.</p> <p>Svakheter: Studien er ikke fra Norge. Data ble samlet inn fra steder som valgte å delta i studien. Det er mulig at disse steder har høyere fokus på pasientsikkerhet enn andre lokasjoner. Spørsmålene skulle svares i teams, men det ikke var undersøkt om instruksene ble fulgt.</p> <p>Etisk godkjenning: Godkjent av NHS helseforsknings myndighetene: ref. 19/HRA/0079</p>

4.6.2. Artikkel nr. 2

Tabell 5. Artikkelpresentasjon 2

Forfattere	Schubart et. al.
Tidsskrift	J Oncol Pract.
Årstall	2018
Land	USA
Tittel	Advance Care Planning Among Patients with Advanced Cancer
Hensikt	Livstestamenter er midler som kan brukes for å fremme pasientens autonomi og har blitt sett på som ineffektive. Arbeid med forbedring av forhåndssamtaler og livstestamenter spenner vidt, men har ikke blitt studert for å se effekten av dem.
Keyword	Advance care planning; advance directives; female; humans; male; neoplasms/therapy; physicians; single-blind method; terminal care.
Metode	Godkjent gjennomgang av enkelt blind, randomisert og kontrollert studie.
Resultat/ diskusjon	Totalt 200 pasienter deltok i studien. Data fra medisinske journaler og intervjuer med leger og pårørende ble samlet og analysert. Behandlingsønsker for siste tiden var dokumentert hos 70% av pasienter. 64% av pasientene hadde dokumenterte diskusjoner i journalen. I 94% av tilfellene ønsker pasienter hadde var oppfylt ifølge pårørende og 98% av tilfellene ifølge leger. Ifølge livstestamenter har behandlingen vært konsistent med pasientens ønsker bare i 65% av tilfeller.
Konklusjon	Type av forhåndssamtaler påvirket ikke dokumentasjon av pasientens ønsker, eller behandling de fikk i livets siste fase.
Relevans	Pasientens ønsker i slutfasen og dokumentasjon av det.
Kildekritikk	<p>Styrker: Studien er relativt ny. Publisert i 2018. Det var en blind studie for å undersøke hvor ofte behandlere brukte det som var dokumenterte for å ivareta pasientens ønsker. Det var fokus på pasientens ønsker og dokumentasjon av dem.</p> <p>Svakheter: Studien ble utført i U.S.A. som har annen type dokumentasjonssystem og kommunikasjonssystem mellom primær- og spesialisthelsetjeneste. Det var ikke mulig å dokumentere resultater fra alle som deltok i studien. Det var ikke alltid mulig å ha intervjuer innen 48 timer med behandlere, som kan påvirke hva de husker. Behandlere selvreporterte som kan være grunnen hvorfor resultater støttet ikke hypotesen.</p> <p>Etisk godkjenning: Deltakere i studien signerte samtykke skjema.</p>

4.6.3. Artikkel nr. 3

Tabell 6. Artikkelpresentasjon 3

Forfattere	Greer et. al.
Tidsskrift	J Natl Compr Canc Netw
Årstall	2022
Land	USA
Tittel	Randomized Trial of a Palliative Care Intervention to Improve End-of-Life Care Discussions in Patients with Metastatic Breast Cancer
Hensikt	Teste hvilken effekt palliativbehandlings intervensjon har for siste tiden av livet.
Keyword	Breast Neoplasms, female, hospice care, humans, palliative care, quality of life, terminal care
Metode	Randomisert studiet der pasienter fikk polikliniske intervensjoner med palliative team 5 ganger i løpet av perioden. Kontroll gruppe fulgte vanlig rutine. Primært var diskusjoner rundt livets siste fase dokumentert i elektronisk pasient journal. Sekundært, pasienter selvrapporterte sine opplevelser.
Resultat/ diskusjon	Pasienter som fikk intervensjoner i motsetning til de som ikke fikk det hadde flere diskusjoner rundt siste tiden av livet. Flere diskusjoner var dokumentert i tillegg. Det var økt ferdigstillelse av livstestament for livsforlengendebehandling. Flere pasienter diskuterte sine ønsker med legen. Derimot, fant ingen forskjell mellom gruppene når det gjaldt livskvalitet.
Konklusjon	Intervensjoner økte antall samtaler og dokumentasjon relatert til siste livets fase. Det økte bruk av palliasjonstilbud også. Det viser at palliasjon kan brukes til støttende omsorg for pasienter med kreft som har lengre sykdomsbildet.
Relevans	Palliative team intervensjoner og samtaler rundt ønskene for siste tiden. Palliasjonsintegreering for kreftpasienter med lengre sykdomsbildet.
Kildekritikk	<p>Styrker: Studien publisert i 2022 og utført mellom 2016 – 2018 med fokus på polikliniske intervensjoner for å bedre symptomlindring og beslutningstaking. Dokumentasjon og pasient selvrapportering var tatt med i resultater.</p> <p>Svakheter: Artikkel er fra USA og undersøkelse utført på et onkologisk senter. Det kan være vanskelig å tilpasse resultater i andre lokasjoner. Det var inkludert friskere pasienter og pasienter som får allerede palliativ behandling ble ekskludert. Det kan påvirke resultatene.</p> <p>Etisk godkjenning: Deltakere i studien signerte samtykke skjema.</p>

4.6.4. Artikkel nr. 4

Tabell 7. Artikkelpresentasjon 4

Forfattere	Teruya et. al.
Tidsskrift	Asia Pac J Oncol Nurs.
Årstall	2019
Land	Japan
Tittel	Visiting Nurses' Perspectives on Practices to Achieve End-of-Life Cancer Patients' Wishes for Death at Home: A Qualitative Study.
Hensikt	Studien hadde som mål å avklare hjemmesykepleiers perspektiv om kritiske prosedyrer for å sikre at de kan advokere for pasienter som ønsker hjemmedød.
Keyword	Dying cancer patient; palliative home care; qualitative research; visiting nurse.
Metode	16 hjemmesykepleiere som jobbet med pasienter nær døden ble intervjuet og observert under jobb. Data ble samlet inn og analysert.
Resultat/ diskusjon	5 temaer dukket opp: sykepleievurdering, støtte til komfortabelt liv i det daglige, talsmann for pasientens syn rundt hjemmetjeneste fram til døden, hjelpe pasienten forberede for døden, koordinering med annen helsepersonell og helsetjenester for å etablere komfortabelt miljø for pasienten.
Konklusjon	Sykepleien var den støttende kontakt person for pasienten i det daglige og hadde den koordinerende rolle. Sykepleierne brukte humor for å lindre pasientens følelse av håpløshet.
Relevans	Sykepleierollen i hjemmetjenesten med pasienter nær døden.
Kildekritikk	<p>Styrker: Studien er utført i Japan der kreft er primært årsak for døden. Der er det et stort fokus på god og verdi død hjemme. Detaljert beskrivelse av hjemmesykepleiers praksis med palliative pasienter kan bidra til passende strategier som kan brukes på tvers av kulturer.</p> <p>Svakheter: Studien er fra Japan, som gjør at det er store kulturelle forskjeller. Få deltakere: 16 sykepleiere og 6 pasienter. Det kan være vanskelig å tilpasse resultatene for større og mer generalisert gruppe.</p> <p><u>Etisk godkjenning:</u> Godkjent av Rykyues universitets etiske komiteen. Godkjenningsnummer: 313. Pasientenes samtykke var innhentet.</p>

4.6.5. Artikkel nr. 5

Tabell 8. Artikkelpresentasjon 5

Forfattere	Kastbom et. al.
Tidsskrift	Supportive care in cancer
Årstall	2016
Land	Sverige
Tittel	A good death from the perspective of palliative cancer patients
Hensikt	Hensikten med studien var å undersøke konseptet av hva en god død er blant kreftpasienter i Sverige.
Keyword	Palliative care; Qualitative research; Good death; Attitude to death; End of life care; Quality of death
Metode	Det ble intervjuet 66 voksne pasienter med kreft diagnose i palliativ fase. Intervjuene ble analysert ved bruk av kvalitativ innholdsanalyse.
Resultat/ diskusjon	Pasienter så døden som en prosess. En god død var assosiert med å leve med tanken at døden er forestående. Det var viktig med forberedelser for døden og å dø komfortabelt. Noen ble trøstet av tanken at døden er forhåndsbestemt, mens andre følte angst da døden betyr slutten på eksistens. Erfaringer fra tidligere i livet påvirket hvordan folk så på døden og hva en god død er.
Konklusjon	Det anbefales at helsepersonell spør palliative pasienter om å beskrive hva de mener en god død er for dem. Man kan bruke det for å identifisere målene i behandlingen. Det er viktig å utforske pasientens personlige erfaring med døden og døende. Det kan hjelpe med å adressere angst relatert til kommende død.
Relevans	Det snakker om hva er viktig for palliative kreftpasienter og hva de mener er en god død.
Kildekritikk	<p>Styrker: Studien er utført i Sverige. Kulturelt likt land med lignende helsesystemet. Studien var utført for første gang i 1997. Den var tatt opp igjen i 2007. I 2014 var intervjuene fra 2007 analysert på nytt. Fokus var på pasientens syn. Det var alders variasjon, kreft type og utdanningsnivå.</p> <p>Svakheter: Studien uført i 1997 og 2007. Syn på hva er en god død kunne ha endret seg. Intervjune inkluderte kun 66 pasienter. Generalisering er begrenset. Samme forsker utført intervjuer når data var samlet inn for 2. gang.</p> <p><u>Etisk godkjenning:</u> Godkjent av regional etisk komite.</p>

4.6.6. Artikkel nr. 6

Tabell 9. Artikkelpresentasjon 6

Forfattere	Driller et. al.
Tidsskrift	BMC Palliative Care
Årstall	2022
Land	Norge
Tittel	Cancer patients spend more time at home and more often die at home with advance care planning conversations in primary health care: a retrospective observation cohort study
Hensikt	Det er ønskelig å se om forhåndssamtaler kan føre til at flere pasienter tilbringer mer tid hjemme og om de dør hjemme oftere.
Keyword	Advance Care Planning; Cancer; Palliative Care; Primary Health Care; Home Care; Place of Death; Home Death
Metode	Studien inkluderte 250 cancer pasienter i Romsdal med eller uten forhåndssamtaler i primærhelsetjeneste, som døde mellom september 2018 og august 2020. Pasienter ble identifiserte gjennom kontakten med lokalt sykehus, onkologisk poliklinikk eller palliativt team.
Resultat/ diskusjon	Pasienter (gjennom siste 90 dager av livet), som hadde forhåndssamtaler i primærhelsetjeneste, tilbragt mer tid hjemme, mindre tid på sykehuset og eller omsorgssenter. Pasienter med forhåndssamtaler hadde større sannsynlighet for å dø hjemme. Kontakt med sykehusbasert palliative team var ikke assosiert med mer tid hjemme. Pasienter i kontakt med palliative team har større sjanse til å foreta forhåndssamtalene i primærhelsetjeneste.
Konklusjon	Palliative kreftpasienter som har hatt forhåndssamtaler i primærhelsetjeneste tilbragt mer tid hjemme og oftere død hjemme. Data samlet inn fører til konklusjonen at det er viktig for kreftpasienter å utføre forhåndssamtaler i primærhelsetjeneste.
Relevans	Studien omhandler planlegging av siste tiden og viktigheten med forhåndssamtaler.
Kildekritikk	<p><u>Styrker:</u> Studien er utført i Norge og mellom 2018 og 2020. Totalt 250 pasienter ble utvalgt til studiet.</p> <p><u>Svakheter:</u> Deltakere ble valgt ut fra en liten gruppe med kreftpasienter. Data fra legevakt og akuttmottak var ikke analysert. Bare pasienter som har vært i kontakt med spesialisthelsetjeneste ble inkludert</p> <p><u>Etisk godkjenning:</u> Godkjent av regionale komiteer og utført i henhold til retningslinjer og forskrifter fra Helsinkideklarasjon.</p>

4.7. Kildekritikk

Det er brukt primærlitteratur i størst mulig grad i denne oppgaven. Grunnen til det er at primærlitteratur er enklere å spore opp og utføre kritisk vurdering av kilden. Ellers er det brukt pensumlitteratur som sekundærlitteratur. Sekundærlitteraturen er allerede vurdert som en pålitelig kilde av NTNU. Hver enkelt artikkel er vurdert kritisk, se tabellene.

5. Analyse av funn

Analyse er gransking av teksten og tolkning av det forfatteren vil fortelle via teksten (Thidemann, 2020). Lesing og tolkning er koblet sammen. Forskningsartikler leses gjennom flere ganger som helhet og i deler for å få tak i detaljer som ellers kunne gå uoppdaget. Funn fra forskningsartiklene ble analysert ved å identifisere forskjellige temaer som går igjen i de utvalgte forskningsartiklene (Thidemann, 2020).

5.1. Samarbeid mellom helsetjenester

Det finnes risikoer når det gjelder kommunikasjon mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten (Markiewicz et. al., 2019). Det manglet ofte informasjon om hvem som skal kontaktes, og eller informasjonen fra undersøkelser. Videre var kvaliteten av dokumentasjon lav. Dokumentene var for lange og altfor detaljerte som gjorde at viktige detaljer ikke var synlig nok. Dokumentasjon fra primærhelsetjenesten var ikke alltid delt med spesialisthelsetjenesten. 31 % av fastleger hadde delt livstestamentet med behandlingsteamet (spesialisthelsetjeneste inkludert) (Schubart et. al., 2018). Schubart et. al. (2018) så på effekt av forhåndssamtaler som pasienter har med primærhelsetjenesten. Bare 35 % av palliative pasienter hadde livstestamente vedlagt i pasientjournalen. Enkelte kreftpasienter ønsker å dø hjemme og unngå unødvendige innleggelse, det må kommuniseres til kommunehelsetjenesten slik at de er forberedt til det (Kastbom et. al., 2016).

5.2. Sykepleievurdering

I studien utført av Teruya et. al. (2019) foretar sykepleiere vurdering av pasientens tilstand fra informasjonen som ble delt med de av spesialisthelsetjenesten. Videre gjøres det grundig vurdering utover forløpet hjemme. Behandling, tiltak og vurdering sykepleiere gjør er avhengig av god dokumentasjon, og ikke minst god kommunikasjon med pasienten. Ved involvere palliativt team og bruke kunnskap om palliasjon vil kvaliteten på dokumentasjon rundt pasientens ønsker og behov øke (Greer et. al., 2022). Kastbom et. al. (2016) skriver at sykepleiere bør spørre pasienter om å beskrive hva en god død er for dem slik at de kan indentifisere behov og sette omsorgsmål videre i forløp.

5.3. Kommunikasjon med pasienten

En av viktige punkter som ble oppdaget under Markiewicz et. al. (2019) sin studie var at informasjonsflyten mellom behandler og pasient var dårlig. Pasienten var ikke innforstått og eller hadde heller ikke full forståelse av behandlingen og veien videre. Det innbefattet også et viktig tema som medikasjon.

Kreftpasienter som hadde intervensjoner med palliative team hadde flere samtaler og diskusjoner om palliasjon i siste fasen og dokumentasjonen var bedre (Greer et. al., 2022). Livstestamente har blitt vurdert som et meningsfullt dokument og verktøy for gode refleksjon av Schubart et. al. (2018). I mange tilfeller har det igangsatt forhåndssamtaler som kan utføres av sykepleiere. Driller et. al. (2022) skriver at pasienter som hadde strukturerte samtaler i primærhelsetjeneste hadde bedre resultater med tanke på den siste tiden.

5.4. Tidlig intervensjon

Teruya et. al. (2019) observerte viktigheten med tidlig intervensjon. Hjemmesykepleiere begynte forberedelser mens pasienten fortsatt var ivaretatt av spesialisthelsetjenesten. Greer et. al. (2022) har identifisert positive resultater av tidlig integrering av palliative team i sykdomsforløpet og bedret dokumentasjon. Dokumentasjonen av ønsker for den siste tiden hadde økt, samt utnyttelse av palliasjon. I Driller et. al. (2022) viser i sin studie at pasientene som har gjennomgått forhåndssamtaler angående palliasjon har tilbrakt mer tid hjemme, mindre tid på sykehus og eller omsorgssenter.

6. Drøfting

Hvilke forberedelser kan sykepleiere gjøre ved spesialisthelsetjeneste før utskrivelse av palliative kreftpasienter? Samarbeid mellom helsetjenester, sykepleievurdering, kommunikasjon med pasienten og tidlig intervensjon har dukket opp i analyse av forskningsartiklene. Disse temaene er drøftet videre.

6.1. Samarbeid mellom helsetjenester

Ineffektiv kommunikasjon mellom helsetjenester er en av truslene for trygg overføring av pasienter (Markiewicz et. al., 2019). Dokumentasjonen manglet viktige detaljer som oppdatert medisinsliste, kontaktperson osv. I andre tilfeller dokumentene var lange og viktige detaljer ikke var synlige nok. En annen trussel oppdaget av Markiewicz et. al. (2019) er overføring av kreftpasientene før primærhelsetjenesten er klar for å ta imot dem. Teruya et. al. (2019) peker ut viktigheten med samarbeidsmøter mellom primær- og spesialisthelsetjenesten.

Hjemmesykepleiere prioriterte deltakelse i samarbeidsmøter med spesialisthelsetjenesten. Forberedelser for mottak av pasientene begynte mens pasienten var fortsatt ivaretatt av spesialisthelsetjenesten. Forberedelser de gjorde var klargjøring av nødvendig medisinsk utstyr, medisiner og eventuelt opplæring av prosedyrer (Teruya et. al., 2019).

Greer et. al. (2022) fant ut at involvering av palliative team tidlig har positivt effekt på behandlingsforløpet for palliative kreftpasienter. Sykehusbasert palliative team fungerer som bindeledd mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. Pasientene blir bedre kjent med tilbud som finnes i kommuner og øker kvalitet på dokumentasjon. Det fører til økt utnyttelse av palliasjonstilbud i kommunen (Greer et. al., 2022). Involvering av palliative team fører til at flere pasienter har forhåndssamtaler i primærhelsetjeneste (Driller et. al., 2022). Samtalene handler om pasientenes ønsker relatert til palliasjon og døden. Kastbom et. al. (2016) skriver at noen av pasientene assosiere en god død med en prosess. Det som er viktig i denne prosessen er å opprettholde selvstendighet, minimalt med smerte og diskomfort, og opprettholdelse av sosialt liv.

Driller et. al. (2022) har vist at pasientene som hadde forhåndssamtaler i primærhelsetjenesten tilbragt mer tid hjemme. Det førte til færre innleggelser og mindre tid i omsorgssenter. Omsorgsønsker blir dokumentert hos primærhelsetjenesten og delt med spesialisthelsetjenesten (Schubart et. al., 2018). Noen av dokumentasjon ble ikke delt med spesialisthelsetjenesten og det ofte manglet livstestamenter i pasientjournal. Ifølge studien utført av Schubart et. al. (2018) pasientene fikk sine behandlingsønsker oppfylt allikevel. Det skal tas med knippe av salt da dette var rapportert av pårørende og leger. Resultater fra studien viser at bare 65 % av kreftpasientene hadde behandlingen i samsvar med dokumenterte ønsker (Schubart et. al., 2018).

Teruya et. al. (2019) setter søkelys på forberedelser som gjøres av hjemmesykepleiere. Danielsen og Fjær (2010) påpeker at mye av kommunikasjonen mellom helsetjenester blir tilspisset mot helg. Det kan være travelt på sengeposter og kommunikasjon med primærhelsetjenesten blir nedprioritert. Mye av informasjonsdeling kan skje i tider når det er roligere, som for eksempel kvelder. I motsetning til sykehuset som har beredskap i 24 timer, kommuner har kontortid. Dette øker risiko for uønskede hendelser og gir lite tid for hjemmesykepleiere å gjøre nødvendige forberedelser. Arbeidsbelastning øker for sykepleiere både i primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Kommunen kan mangle nødvendige medisiner og sjeldent kan det bestilles mot helg. Man er avhengig at det blir sendt nok medisiner med pasienten fra sykehuset.

Sykehuset Innlandet har inkludert tverrfaglighet, nettverksmøter, opprettelse av kreftkontakt i kommunen for sykepleiere til palliative pasienter. Tverrfaglighet vektlegges i sykepleieprosessen og det øker behandlingens kvalitet (Lorentsen og Grov, 2016). Danielsen og Fjær (2010) skriver at samarbeid mellom tjenester kan bedres. Digitalisering har effektivisert kommunikasjonen mellom helsetjenester, men fortsatt oppleves som ineffektiv og helhetstenking mangler. Markiewicz et. al. (2019) har påpekt lavt kvalitet i dokumentasjoner. Det betyr at man skal tenke godt over hvor mye og hvilken informasjon skal deles.

Nordsveen og Andershed (2015) støtter felles møtearena for sykepleiere fra primær- og spesialisthelsetjenesten. Slike møter er en del av arbeidsoppgaver for sykepleiere til palliative pasienter. Pasientene vil ofte møte sykepleiere som jobber i hjemmetjenesten og bli kjent med dem. Lav bemanning i helsetjenester gjør at det er vanskelig å gjennomføre de. Dette fører til at god skriftlig kommunikasjon via digitalarena blir enda viktigere. Involvering av palliative team letter på arbeidsoppgaver til sykepleiere på sengeposter ved at de dokumenterer det som blir diskutert og utført med pasienten.

Opprettelse av kontakt med primærhelsetjenester tidlig øker pasientsikkerhet og letter på jobben for sykepleiere. Kontinuerlig kommunikasjon mellom helsetjenester fører til at mye av jobben kan fordeles over flere dager. Involvering av flere tilbud over flere nivåer av helsesektor fører til at pasienten får helhetlig omsorg.

6.2. Sykepleievurdering

Mange palliative kreftpasienter ser på døden som en prosess. De ønsker å leve et meningsfylt liv (Kastbom et. al., 2016). Hva er meningsfylt og kvalitetsfylt liv for en kreftpasient varier. Kastbom et. al. (2016) anbefaler at sykepleiere lager behandlingsplaner ut fra det pasienter mener er viktigst for dem. God kommunikasjon og relasjonsbygning er noe av det viktigste for sykepleiere i denne sammenheng for å klare å utføre en god vurdering. Palliative kreftpasientene har uttalt at de ønsker å være klare for døden og klare å akseptere døden (Kastbom et. al., 2016). Etter at de har oppnådd sine mål de ønsker å dø raskt med minimalt smerte og beholde autonomi. Sykepleiere i SI må følge sykepleieprosessen og jobbe mot å lage en individuell plan.

Teruya et. al. (2019) beskriver sykepleiereprosessen som setter pasientens ønsker i sentrum. Det utføres intervjuer med pasienten i form av samtaler for å vurdere hvordan de opplever omsorgen. Klinisk vurdering gjøres ut ifra laboratoriesvar. Sykepleiere jobber med å forutsi symptomforløpet og prognose ved å bruke de dataene som er tilgjengelig. Man skal konstant ha øye på pasienten og de symptomene pasienten opplever.

Behandlingen og tiltak som skal iverksettes er avhengig av dokumentasjonen som finnes. Sykepleiere i primærhelsetjenesten trenger godt dokumentert behandlingsplan og eventuelt individuell plan på pasienten. Noe av truslene ved overflytting av pasienten fra spesialist- til primærhelsetjenesten er dokumentasjon og dårlige instruksjoner (Markiewicz et. al., 2019). Sykepleiere i spesialisthelsetjenesten må vurdere pasientens behov og kommunisere det godt til sykepleiere i primærhelsetjenesten slik at de er godt forberedt til imøtekomme alle pasientens behov.

Palliative team kan gjennom intervensjoner hjelpe pasienter med symptomlindring, gi psykososial støtte, beslutningstaking og forhåndssamtaler (Greer et. al., 2022). Regelmessige og planlagte møter med palliative team er et godt utgangspunkt. Ved å se pasienten på regelmessig basis gjør det enklere for sykepleiere å vurdere pasientens tilstand, både fysisk og psykisk, effekt av smertelindring og eventuelt nye behov. Pasientens opplevelse av sykdommen var bedre dokumentert, samt ønsker for siste fasen (Greer et. al., 2022). Schubart et. al. (2018) fant ikke sammenheng med bedre dokumentasjon av livstestament i pasientens journal og forhåndssamtaler. Derimot, behandlere fulgte ønsker pasienten hadde diskutert.

Driller et. al. (2022) observerte at forhåndssamtaler i primærhelsetjenesten har god effekt. Samtaler er organisert etter pasientens ønske og behov. Ønsker relatert til palliasjon og døden ble da dokumentert i pasientens journal. Ved livets slutt, kan enkelte pasienter oppleve kognitiv svikt. Livstestament som er godt dokumentert kan hjelpe sykepleiere og andre behandlere til å gjøre en god vurdering av hva som er best for pasienten (Schubart et. al., 2018).

Kreftsykdommen rammer hele mennesket (Lorentsen og Grov, 2016). Det vil si, kroppslig, sosial, psykisk og eksistensielt. SI har nedskrevet at sykepleierne skal bruke ESAS skjema for kartlegging av symptomer og jobbe ut ifra individuell plan. Behandlingen skal gi best mulig omsorg og pleie ut fra helhetsprinsipp. Omsorgen skal sikre nødvendig smerte- og symptombehandling.

Rønsen og Lykke Trier (2022) anerkjenner at teoretisk kunnskap er ikke nok for sykepleiere i møte med palliative pasienter. Døden er et ukjent terreng for oss alle. Man skal ta med sin egen erfaring og den profesjonelle med seg i møte med de palliative pasienter. Palliative team er en god ressurs for kreftpasientene (Ferrel et. al., 2021). Mangel på kompetanse gjør at ikke alle kreftpasientene får full utnyttelse av palliasjon. Løsningen har vært integrasjon av opplæring i palliasjon og det har ført til positive resultater i praksis (Ferrel et. al., 2021).

Yrkesetiske retningslinjer sier at sykepleiere har et faglig, etisk og personlig ansvar for sine handlinger (NSF, 2019). Sykepleiers vurdering skal bygge på erfaringsbasert kompetanse, forskning og brukerkunnskap. Dette betyr at sykepleiere har mye ansvar over pasienten og dokumentasjon. Sykepleierrolle gjør at de står tett på pasienten og fungerer som portåpnere for andre profesjoner (Rønsen og Lykke Trier, 2022). God sykepleievurdering er samspill mellom kommunikasjon med pasienten og kunnskap/ erfaring sykepleier innehar.

6.3. Kommunikasjon med pasient

Livstestament kan igangsette tankeprosess for pasienten (Schubart et. al., 2018). Pasienten kan reflektere og notere det de tror er viktig for dem før samtaler med sykepleiere. Det er også et godt verktøy for strukturerte samtaler. Sykepleiere kan bruke et slikt dokument for å veilede pasienten. Ved behov kan sykepleiere tilby samtaler med andre profesjoner. Andre profesjoner som kan involveres i slike samtaler kan være sosionom, prest, lege, osv. Driller et. al. (2022) fant korrelasjon mellom strukturerte forhåndssamtaler og hjemmetid. Kreftpasienter som har hatt gode samtaler angående ønsker og målene for siste tiden tilbragt mer tid hjemme. Kontakt med palliative team i spesialisthelsetjenesten var det som igangsatt forhåndssamtalene i primærhelsetjenesten. Det er viktig at sykepleiere i spesialisthelsetjenesten kontakter palliative team om kreftpasienten. Det er en av oppgavene for sykepleiere til palliative pasienter i SI.

Palliasjon kan begynne så tidlig som diagnosetidspunkt (Greer et. al., 2022). Palliativt teams intervensjoner bedret diskusjoner og dokumentasjon relatert til pasientens ønsker for siste tiden. Ifølge Greer et. al. (2022) sin studie, ble livskvalitet og humørsymptomer ikke bedret.

Man stiller seg da spørsmål om fokuset var kun på dokumentasjon og ikke på hvordan kreftpasienten hadde det. Schubart et. al. (2018) støtter opp resultater til Greer et. al. studien. Ønskene diskutert under forhåndssamtalene var fulgt opp av behandlere ifølge pårørende. Det var kun 65 % av kreftpasientene som fikk den behandlingen de ønsket ifølge dokumentasjon i motsetning til hva pårørende hadde fortalt. Det viser at det er viktig å dokumentere godt de ønskene kreftpasientene har og lagre det slik at det er tilgjengelig for behandlere i spesialisthelsetjenesten. Schubart et. al. (2018) har konkludert med at forhåndssamtaler er viktige og livstestamenter er meningsfulle.

Markiewicz et. al. (2019) skriver at informasjonsflyten mellom behandlere og pasienten har vært dårlig. Pasienten hadde ikke innforstått det som har blitt sagt. Helsepersonell opplever at kreftpasientene klarer ikke å ta imot alt av informasjon under samtaler. Det er viktig at kreftpasientene får skriftlig informasjon i tillegg. Teruya et. al. (2019) fant ut at sykepleierne hadde stort fokus for å bygge opp god relasjon og trygghet. Sykepleierne hadde funnet at humør har en god effekt på kreftpasientene. Kreftpasientene åpnet opp lettere og førte til at vanskelige samtaler gikk smidigere. Sykepleiere bør utforske og be pasientene om å utdype sine erfaringer med døden (Kastbom et. al., 2016). Dette kan brukes til å utforme individuell plan som sykepleiere ved SI skal lage for palliative pasienten. Ved å utforske kreftpasientens egne erfaringer med døden kan hjelpe sykepleiere å adressere angsten kreftpasienten føler. Det er viktig for sykepleiere å hjelpe kreftpasienten med å bearbeide angsten. Psykososial støtte er et grunnleggende behov for kreftpasienten ved at det hjelper dem å akseptere det som kommer. Å få en kreftdiagnose vekker sterke følelser (Kastbom et. al., 2016).

Å få en kreftdiagnose kan oppleves traumatisk for mange. Kreftpasientene kan føle avmakt som fører til sårbarhet og svekket selvbildet (Håkonsen, 2015). Det kan føre til fortrenning som er en del av forsvarsmekanismene. Sykepleiere bør gå inn til kreftpasienten med en lyttende åpenhet og med tydelig og klar informasjon (Eide og Eide, 2018). Slik oppnår man raskere kontakt med pasienten og pasienten er mer villig til å dele informasjon om seg selv. Utfordring som sykepleiere ofte har, er at pasienten blir sett på som objekt i tidlig fase. Det vil si, at sykepleiere har tendens til å behandle pasientene med samme diagnose likt enn det situasjonen krever.

For å sette seg inn i det pasienten føler, tenker og hvordan den opplever livssituasjonen skal man ha gode empatiske- og kommunikasjonsevner, og sanseapparat (Rønsen og Lykke Trier, 2022). Sykepleiere må være klar over hvilke signaler de sender ut til pasienten (Lorentsen og Grov, 2016). Ordvalg, holdninger og atferd er medvirkende i hvordan pasienten opplever situasjonen. Man skal gå inn med intensjon om å lytte. Det er viktig å lytte ikke bare på det som blir sagt, men også på det som blir utelatt (Eide og Eide, 2018). Det skal settes av god tid til slike samtaler og bør utføres i tverrfaglig miljø.

6.4. Tidlig intervensjon

Urimelig overlevering av arbeidsmengde er en av farene ved trygg overlevering av pasienter til kommunehelsetjenesten (Markiewicz et. al., 2019). Pasienten som bruker mer enn 5 forskjellige medikasjoner, som er skrøpelig og eller har komplisert sykdomsbildet er mest sårbare ved overføring fra spesialisthelsetjeneste til kommunehelsetjenesten. Palliative kreftpasientene tilhører denne gruppe. Tidlig og tydelig kommunikasjon med pasienten og kommunehelsetjenesten kan hjelpe å forebygge denne risikoen. Hjemmesykepleiere kan begynne forberedelser med en gang spesialisthelsetjenesten har delt informasjon med dem. Teruya et. al. (2019) skriver at hjemmesykepleiere begynner forberedelse mens pasienter er fortsatt innlagt ved spesialisthelsetjenesten. Forberedelsene ble gjort ut ifra pasientens egen oppfatning av livet, sykdommen og prognosen. Hjemmesykepleiere reiste til sykehuset for å møte pasienten og bli bedre kjent. Det er behov for koordinering med andre spesialister og hjemmesykepleiere brukte tid til å diskutere med andre spesialister angående medisinsk behandling, prosedyrer osv. Risiko for overføring av pasienter øker ved utskrivelse før hjemmesykepleiere har gjort alle forberedelser (Markiewicz et. al., 2019).

De fleste kreftpasienter ser døden som en prosess (Kastbom et. al., 2016). Det er vanskelig å forutsi døden. Denne prosessen kan være lengre for enkelte og kortere for andre. Sykepleiere bør se på hvordan de kan hjelpe med oppnåelse av små mål og ha grunnleggende behov for palliative pasientene i bakhode. Ved å hjelpe kreftpasientene sette opp mål og støtte de. Det kan hjelpe dem å akseptere døden. Ved tidlig oppnåelse av målene som øker aksept, kan føre til at kreftpasienter har mer tid til å sette seg til ro og nytte den tiden som er igjen. Greer et. al. (2022) så at tidlig intervensjon økte utnyttelse av palliasjonstilbud i kommunen som for

eksempel bruk av lindrende enheter i omsorgssenter. Palliative team tilpasser palliasjon etter i hvilket stadium kreftpasienten er i. Flere pasienter med kreft i dag lever lenger med sykdommen og det fører til flere år med angst og smerter. Det er viktig å huske på at palliasjon er ikke bare for kreftpasientene som har kort forventet levetid. Tidlig intervensjon med palliative team bedret dokumentasjon av livstestamenter (Greer et. al., 2022).

Tidlig diskusjoner rundt livstestamente kan forbedre pasienten psykisk for det som kommer (Schubart et. al., 2018). Det igangsetter viktige samtaler og hjelper kreftpasienter å sette mål for seg selv og gjøre viktige forberedelse tidlig i sykdomsforløp. Driller et. al. (2022) så at kreftpasientene tilbrakt mer tid hjemme. Det viser at behandlere blir bedre kjent med kreftpasientene tidlig i sykdomsforløpet og har bedre kjennskap av pasientens behov og ønsker. Lorentsen og Grov (2016) skriver at kreftpasientene føler seg ofte ensomme og har behov for nærhet. Tidlig samtaler og etablering av mål og ønsker hjelper å ivareta grunnleggende behov til palliative kreftpasientene (Hirsch og Røen, 2018). Det gir mer tid for pasientene å tenke gjennom hva de ønsker og gir mer kontroll over sitt eget liv. Studien utført av Kuczumski og Odejide (2021) peker også i retning av at palliasjon bør igangsettes tidlig i sykdomsforløpet.

God palliasjon er opp til sykepleierne (Vigstad et. al., 2018). Sykepleierne skal være oppmerksomme på hvilke symptomer de klarer å observere og benytte seg av hjelpeverktøy som ESAS-r (vedlegg 3) for å samle inn nødvendig informasjon. Funksjonsbeskrivelse fra SI sier at sykepleiere skal bruke en sjekklister aktivt gjennom oppholdet for å gi best mulig pleie. Kontinuerlig observasjon og dokumentasjon hjelper å oppdage symptomer tidlig og iverksette flere tiltak tidlig.

Total pain har mange fasetter og ikke alle symptomer kan være synlige for sykepleiere. Bruk av hjelpeverktøy letter på jobben til sykepleierne. Det blir lettere å oppdage symptomer som ellers kunne ha blitt oversett i tidlig fase. Kartlegging går fortere og ved travle hverdager minsker risikoen på at man går glimt enkelte elementer. Kontinuerlig kartlegging og tidlig intervensjon reduserer risikoen for større og mer problematiske symptomer senere.

6.5. Innovasjon

Det foreligger mye forskning som omhandler palliasjon, men lite litteratur som omhandler den utvalgte problemstillingen. Mye av funnene og strategier fra denne litteraturstudien kan anvendes i praksis som en del av sykepleieprosedyrer på sengepost.

Med økende behov for palliasjon, bør det være mer søkelys på det i sykepleieutdanning. Flere sykepleiere på sengeposter bør få tilbud om kursing i palliasjon for å øke kompetansen. Mer kunnskap om palliasjon og regelmessig undervisning om dette temaet kan hjelpe sykepleiere til å føle seg tryggere i møte med palliative kreftpasientene. Dette kan åpne øyer og sette mer søkelys på helhetlig omsorg av kreftpasienten. Dermed, blir det lettere å utforme rutiner rundt palliative kreftpasientene og bedre helhetlig omsorg av dem.

Man håper at gjennom denne litteraturstudien kan andre sykepleiere og sykepleiestudenter se og lære viktigheten av helhetlig omsorg for palliative kreftpasienter. I tillegg se viktigheten av god kommunikasjon og relasjonsbygging som kan føre til behandlingsmål som setter pasientens egne ønsker og behov i fokus. Som et forslag til hvordan sykepleiere kan bedre omsorg for palliative kreftpasientene og en forberedelse før overføring av til primærhelsetjenesten har man laget en sjekklister som er kombinasjon av allerede eksisterende sjekklister hos SI og resultater fra denne litteraturstudien.

Tabell 10. Sjekkliste for behandling av kreftpasienter

		Utført/ dato
1.	ESAS skjema.	
2.	Tilby samtale (diskutere døden, målene og ønskene pasienten har osv.).	
3.	Lage individuell plan ut ifra pasientens ønsker og mål.	
4.	Henvise palliativt team.	
5.	Kartlegge pårørende / barn som pårørende.	
6.	Sjekke at legen har ordinert «De fire medikamenter i livets slutfase».	
7.	Tilby samtale med sosionom.	
8.	Kartlegge ernæringsstatus.	
9.	Kontaktet klinisk ernæringsfysiolog ved behov.	
10.	Tilby ønskekost.	
11.	Opprette kontakt med kommunen så fort det lar seg gjøres.	
12.	Opprette kontakt med kreftsykepleier.	
13.	Opprette kontakt med fastlege.	
14.	Invitere hjemmesykepleier/ kreftsykepleier/ fastlege til samarbeidsmøte.	
15.	Tilby samtale med pårørende til stede.	
16.	Kartlegge behov for hjelpemidler. Involvere fysioterapeut/ ergoterapeut.	
17.	Kontinuerlig kartlegging av smerte.	
18.	Kartlegge det psykiske/ psykososiale. Behov for samtaler?	
19.	Oppdatere kommunen underveis.	
20.	Dokumentere omsorgsønsker/ livstestament og oppdatere ved behov.	

6.6. Metodediskusjon

Problemstillingen etterspurte hvilke forberedelser sykepleiere ved spesialisthelsetjenesten kan gjøre før utskrivelse av palliative kreftpasienter. Man fant ikke mye forskning utført i Norge som svarer på denne problemstillingen. Man hadde ikke mye data å sammenligne med. Det er behov for å undersøke hvilken effekt bruk av sjekklister har på pasientenes velvære. Bruk av kvalitativ metode kan være en fin metode å benytte for å finne det ut. Deler av diskusjonen svarer ikke direkte på problemstillingen. Men man anser innholdet som relevant og diskusjonen som helhet underbygger konklusjon.

Forskningsartiklene som ble valgt støttet og svarte på valgt problemstilling.

Forskningsartiklene var på engelsk og det lager språkbarrieren. Grunnet språkbarrieren kan resultater i forskningsartiklene ha blitt mistolket. Det er også en svakhet med litteraturstudien at det kan forekomme personlige synspunkter. Man har prøvd å holde seg nøytral ved oppgaveskriving, men man kan ubevisst ha valgt å utelate informasjon som kunne ha påvirket konklusjonen på problemstillingen.

Annen svakhet med studien er at noe av forskningen begynte rett før koronapandemien. Det førte til at de måtte avsluttes før planlagt dato og dermed kunne ha påvirket resultater.

Palliasjon er subjektiv, og flere artikler hadde få deltakere. Det gjør at resultatene ikke bør brukes som en representasjon av en hel pasientgruppe. Det var inkludert både kvalitative, kvantitative og kombinasjonsstudier. Forskningsartiklene i denne oppgaven inkluderte pasientens-, sykepleier- og annen helsepersonells perspektiv. Valget var gjort bevisst, da man ønsket å ha helhetlig syn på omsorg av palliative kreftpasienter.

Forhåndssamtaler påvirket ikke dokumentasjon av pasientens omsorgsønsker og livstestament (Schubart et. al., 2018). Det var leger og pårørende som ble intervjuet etter dødsfallet.

Resultatene kan muligens ikke stemme med hva pasienten ønsket i utgangspunktet, da livstestament og forhåndssamtaler var dårlig dokumentert. Man valgte å ta med denne forskningsartikkel allikevel. Den viser at det er ikke nok med gode forhåndssamtaler.

Markiewicz et. al. (2019) studien er utført i England. I Norge kan det finnes andre trusler som rangeres høyere ved overføring av pasienter fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten. Helsepersonell skulle svare på spørreundersøkelser i team, man ikke kan derfor være sikker på at alt helsepersonell fikk deltatt. Greer et. al. (2022) studien satte søkelys på hvordan intervensjoner av palliative team kan bedre pasientens livskvalitet. Forskningsartikkelen ble tatt med da den viser viktigheten med involvering av dem. Kreftpasientene som ble inkludert i studien var friskere og resultater viser at tidlig intervensjon fra palliative team kan ha gode resultater for pasientene.

En av forskningsartikler inkludert er fra Japan (Teruya et. al., 2019). Generalisert sykepleiepraksis for palliative pasienter i hjemmeomsorg kan bidra med nye og gode strategier på tvers av kulturer og helsetjenester. Studien er fra i Japan og har store kulturelle forskjeller fra Norge. Det kan derfor gjøre vanskelig å tilpasse resultatene for Norge. Driller et. al. (2022) har forsket i Norge. Primært har de sett på kreftpasienter som har hatt forhåndssamtaler i primærhelsetjeneste.

Kastbom et. al. (2016) har intervjuet kreftpasienter. Forskningen utført i Sverige. Dvs., kulturelt nært Norge og over lenger tid. Pasientene som ble valgt ut var i forskjellig aldersgruppe, utdanningsnivå og hadde forskjellige krefttyper. Men igjen, liten gruppe av kreftpasienter var intervjuet.

7. Konklusjon

Hensikten med denne litteraturstudien var å undersøke hvilke forberedelser sykepleiere kan gjøre i spesialisthelsetjenesten ved utskrivelse av palliative kreftpasienter. Arbeidet med denne litteraturstudien har vist at god kommunikasjon og relasjonsbygging med pasientene er noe av de viktigste man kan gjøre som sykepleiere. Kommunikasjonen med andre helsetjenester og profesjonsgrupper skal ikke undervurderes. God dialog med kommunen sikrer at pasientene blir godt ivaretatt etter utskrivelse.

Nye tiltak kommer til å øke arbeidsmengden for sykepleiere. Samtidig, kan det øke trygghets- og selvfølelse for pasienten, hjelpe pasienten å holde mote oppe og lette på jobben til sykepleiere i kommunehelsetjenesten. Økt kunnskap om behovene til palliative kreftpasientene blant sykepleiere og annet helsepersonell kan bidra til bedre omsorg av dem. Det finnes allerede en sjekkliste ved Sykehuset Innlandet som kan brukes av sykepleiere ved behandling av palliative pasientene, men er lite kjent og lite brukt som erfaring har vist. Økt kunnskap rundt det kan hjelpe sykepleiere holde søkelys på helhetlig palliasjon i en travel hverdag. Det er viktig at palliasjon blir tilpasset for den enkelte pasient.

Døden er naturlig del av livet. Åpenhet om det er viktig, spesielt når det kommer til de som har kort forventet levetid (Meld. St. 24 (2019 – 2020)). Å begynne å snakke om det tidlig har positiv effekt for pasienter. Det gir mer tid for pasientene å akseptere det, få hjelp om nødvendig til å bearbeide vanskelige tanker og følelser, og forberedte seg generelt for det som kommer. Planlegging av hvordan de ønsker å tilbringe sin siste tid kan begynne tidlig i sykdomsfase. Det fører til at man har mer tid til å lage plan i tråd med pasientenes ønsker som fører til verdig avslutning av livet og mer tid hjemme.

Det er behov for mer forskning i dette feltet i Norge og se hvilken effekt anbefalte tiltak har for palliative kreftpasienter i spesialisthelsetjenesten.

8. Referanseliste

1. CINAHL complete (ingen dato). *EBSCO*. Tilgjengelig fra: https://bibsys-almaprimo.hosted.exlibrisgroup.com/permalink/f/1ljdegk/BIBSYS_ILS71552722530002201 (Hentet: 04.04.23)
2. Danielsen B.V., Fjær S. (2010) Erfaring med å overføre syke eldre pasienter fra sykehus til kommune, *Sykepleien Forskning* 5(1): 36-43. DOI: 10.4220/sykepleienf.2010.0021
3. De nasjonale forskningsetiske komiteene (2009), *Helseforskningsloven*. Tilgjengelig fra: <https://www.forskningsetikk.no/ressurser/fbib/lover-retningslinjer/helseforskningsloven/> (Hentet: 04.04.2023)
4. Driller B., Talseth-Palmer B., Hole T., Strømskag K.E., Brenne A.T. (2022) Cancer patients spend more time at home and more often die at home with advance care planning conversations in primary health care: a retrospective observational cohort study, *BMC Palliative Care*. 21(1): 1–10. DOI: 10.1186/s12904-022-00952-1
5. Eide H., Eide T. (2018) *Kommunikasjon i relasjoner – personorientering, samhandling, etikk*. 3. utg. 2. opplag. Oslo: Gyldendal Akademisk
6. Ferrell B. R., Virani R., Han E., Mazanec P. (2021) Integration of Palliative Care in the Role of the Oncology Advanced Practice Nurse. *J Adv Pract Oncol*. 12(2):165-172. DOI: 10.6004/jadpro.2021.12.2.4.
7. Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helsetjenesten (2017), *Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten*. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2016-10-28-1250> (Hentet: 24.04.2023)
8. Greer J. A., Moy B., El-Jawahri A., Jackson V. A., Kamdar M., Jacobsen J., Lindvall C., Shin J. A., Rinaldi S., Carlson H.A., Sousa A., Gallagher E. R., Li Z., Moran S., Ruddy M., Anand M. V., Carp J. E., Temel J.S. (2022) Randomized Trial of a Palliative Care Intervention to Improve End-of-Life Care Discussions in Patients With Metastatic Breast Cancer. *J Natl Compr Canc Netw*. 20(2): 136-143. DOI: 10.6004/jnccn.2021.7040.
9. Grønmo S. (2020), *Kvalitativ metode*. *SNL*. Tilgjengelig fra: https://snl.no/kvalitativ_metode (Hentet: 11.01.2023)

10. Grønmo S. (2021), Kvantitativ metode. *SNL*. Tilgjengelig fra: https://snl.no/kvantitativ_metode (Hentet: 11.01.2023)
11. Gulbrandsen P. (2001) Cicely Saunders og hospicebevegelsen. *Tidsskriftet*. Tilgjengelig fra: <https://tidsskriftet.no/2001/09/aktuelt/cicely-saunders-og-hospicebevegelsen> (Hentet: 28.04.2023)
12. Håkonsen K. M. (2015) *Psykologi og psykiske lidelser*, 5. utg. 3. opplag. Oslo: Gyldendal Akademisk
13. Helsedirektoratet (2019), Palliasjon i kreftomsorgen handlingsprogram. *Helsedirektoratet*. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/palliasjon-i-kreftomsorgen-handlingsprogram> (Hentet: 30.03.2023)
14. Hirsch A., Røen I. (2018), Ivaretagelse av åndelige og eksistensielle behov, i Kaase S., Loge J.H. (red.), *Palliasjon – Nordisk lærebok*, 3. utg. 2. opplag Oslo: Gyldendal Norsk Forlag, s. 315 – 325
15. Kaase S., Loge J. H. (2018), Palliativ medisin – en innledning, i Kaase S., Loge J.H. (red.), *Palliasjon – Nordisk lærebok*, 3. utg. 2. opplag Oslo: Gyldendal Norsk Forlag, s. 34 – 50
16. Kastbom L., Milberg A., Karlsson M. (2017), A good death from perspective of palliative cancer patients. *Supportive Care in Cancer*. 25(3): 933–939. DOI: 10.1007/s00520-016-3483-9
17. Kreftforeningen (2015), *Å dø hjemme*. Tilgjengelig fra: <https://kreftforeningen.no/content/uploads/2022/08/a-do-hjemme-a5-feb15-w.pdf> (Hentet: 08.01.2023)
18. Kuczmarski T. M., Odejide O. O. (2021) Goal of a "Good Death" in End-of-Life Care for Patients with Hematologic Malignancies-Are We Close? *Curr Hematol Malig Rep*. 16(2): 117-125. doi: 10.1007/s11899-021-00629-1.
19. Larsen, A. K. (2017). *En enklere metode. Veiledning i samfunnsvitenskapelig metode*. Bergen: Fagbokforlaget
20. Lorentsen V.B., Grov E. K. (2016), Generell sykepleie ved kreftsykdommer, i Stubberud D. G., Grønseth R., Almås H. (red), *Klinisk sykepleie 2*. 5 utg. 1. opplag Oslo: Gyldendal Norsk Forlag, s. 397 – 436
21. Magnus, P. og Bakketeig, L.S. (2000) *Prosjektarbeid i helsefagene*. Oslo: Gyldendal Akademisk

22. Markiewicz O., Lavelle M., Lorencatto F., Judah G., Ashrafian H., Darzi A. (2019) Threats to safe transitions from hospital to home: a consensus study in North West London primary care. *Br J Gen Pract.* 26;70(690): e9-e19. DOI: 10.3399/bjgp19X707105
23. Meld. St. 24 (2019-2020) (2020), *Lindrende behandling og omsorg*. 2. utg. Oslo: Det kongelige helse – og omsorgsdepartement
24. Morland E. (2016) Palliasjonens mor. *Sykepleien*. Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/2016/08/palliasjonens-mor> (Hentet: 28.04.2023)
25. Nordsveen H., Andershed B. (2015) Pasienter med kreft i palliativ fase på vei hjem - Sykepleieres erfaringer av samhandling. *Nord Sygeplejeforsk.* 5(3): 239-52. DOI: 10.18261/ISSN1892-2686-2015-03-02
26. NSF (2019), *Yrkestetiske retningslinjer*. Tilgjengelig fra: <https://www.nsf.no/etikk-0/yrkestetiske-retningslinjer> (Hentet: 20.04.2023)
27. Pasient- og brukerrettighetsloven (2001), *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63> (Hentet: 24.04.2023)
28. PubMed (Medline) (ingen dato). *United States National Library of Medicine (NLM)*. Tilgjengelig fra: https://bibsys-almaprimo.hosted.exlibrisgroup.com/permalink/f/1ljdegk/BIBSYS_ILS71535239090002201 (Hentet: 04.04.23)
29. Rønsen A., Lykke Trier E.M. (2022) *Omsorgen for døende og deres pårørende – Å være der og være nær*. Bergen: Fagbokforlaget.
30. Schubart J. R., Levi B. H., Bain M. M., Farace E., Green M. J. (2018) Advance care planning among patients with advanced cancer. *J Oncol Pract.* 5(1): 65-73. DOI: 10.1200/JOP.18.00044
31. Sønning H. E. (2021), Palliasjon: Å tåle den andres lidelse krever trygghet, mot og kompetanse, *Sykepleien* 109(86314):e-86314. DOI: 10.4220/Sykepleiens.2021.86314
32. Teruya N., Sunagawa Y., Sunagawa H., Toyosato T. (2019) Visiting Nurses' Perspectives on Practices to Achieve End-of-Life Cancer Patients' Wishes for Death at Home: A Qualitative Study. *Asia Pac J Oncol Nurs.* 6(4): 389-396. DOI: 10.4103/apjon.apjon_18_19.
33. Thidemann, I. (2020) Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter. 2. utg, 2. opplag. Oslo: Universitetsforlaget

34. Tjade, T. (2013), *Medisinsk mikrobiologi og infeksjonssykdommer*. 4. utg. Bergen:
Fagbokforlaget
35. Tranøy K. E. (2010), *Medisinsk etikk i vår tid*. 4. utg. 3. opplag. Bergen:
Fagbokforlaget
36. Vigstad S, Clancy A, Broderstad A. (2018) Palliative pasienter får bedre lindring med tidlig symptomvurdering og tiltak. *Sykepleien Forskning*. 13(74591): e-74591. DOI: 10.4220/Sykepleienf.2018.74591

9. Vedlegg

9.1. Vedlegg 1 – Funksjonsbeskrivelse: Sykepleie til palliative pasienter

 Sykehuset Innlandet HF		Divisjon Gjøvik-Lillehammer		Administrative rutiner	
G - Funksjonsbeskrivelse: Sykepleie til palliative pasienter				Medisinsk avdeling Gjøvik G-L04.01/06-03	
Utgave: 1.09	Utbearbeidet av: Spesialsykepleier Ragnhild Eide	Godkjent av: Ass. avd. sjef Einar Halveg		Gjelder fra: 09.11.2022	Side 1 av 2

1. Hensikt og omfang

Ha en stillingsinstruks som gjelder for sykepleiere med videreutdanning i palliativ omsorg, kreftsykepleie og for sykepleiere som jobber med palliative pasienter.
Sikre en kvalitetsmessig god sykepleie til den enkelte palliative pasient.

2. Ansvar/målgruppe

Autorisert sykepleier er direkte underlagt enhetens avdelingssykepleier.

3. Handling

KVALIFIKASJONSKRAV:

Stillingsinnehaver må ha norsk autorisasjon, gjerne med spesialutdanning i palliativ omsorg eller kreftsykepleie og med interesse i palliativ omsorg.
Må inneha et minimum av dataferdigheter og eller være villig til å tilegne seg dette.
Skal holde seg oppdatert ved å lese helgemail og diverse referater og undervisningsopplegg som sendes ut på e-post og som blir lagt ut på «min datamaskin område O.»
Er løsningsorientert og viser fleksibilitet i samarbeid med andre.

HOVEDOPPGAVER:

- Sykepleiere må følge postens rutiner og utøve sykepleie i samsvar med yrkesetiske retningslinjer.
- Det skal brukes en sjekklister på alle palliative pasienter. Sjekklisten brukes aktivt gjennom oppholdet.
- Sykepleierne må ha et særlig fokus på følgende:
 - Å opprette Individuell Plan for palliative pasienter, eller melde fra til kommunen om et behov.
 - Å benytte ESAS skjema for å kartlegge symptomer.
 - Inneha kunnskap om medikamenter for lindring i livets slutfase.
 - Jobbe tverrfaglig, som for eksempel med Palliativ Team.
 - Legge til rette for nettverksmøter.
 - Opprette kontakt med kreftkontakten i kommunen før utreise.
- Sykepleierne skal jobbe etter gruppas målsetting:
 - Å gi en behandling som sørger for best mulig pleie og omsorg til den enkelte pasient ut fra helhetsprinsippet.

Husk: Utskrift er en kopi. Originalen ligger i kvalitetssystemet.

Innlandet

Sykehuset

Utgave: 1.09	G - Funksjonsbeskrivelse: Sykepleie til palliative pasienter	G-L04.01/06-03 Side 2 av 2
--------------	---	-------------------------------

- En omsorg som sikrer pasienten nødvendig smerte-og symptombehandling fra utredning til eventuell terminalfase.
- En omsorg som vektlegger tverrfaglig samarbeid der kvalitet, trygghet og livskvalitet for den enkelte pasient er hovedmålet for samarbeidet.
- En omsorg der pårørende ses på som en ressurs og der pårørende sikres nødvendig informasjon og støtte under pasientens sykdomsforløp og etter hans eventuelle død.

Referanser

[G-L01/17.15-01](#)

[G - Sjekkliste pasientbehandling palliativ pasient](#)


9.2. Vedlegg 2 – Sjekkliste pasientbehandling palliative pasient

	Sykehuset Innlandet HF	II	Refnr. G-L01/17.15-01
---	------------------------	----	-----------------------

G - Sjekkliste pasientbehandling palliativ pasient

		Utført/dato
1	Har eller skal pasienten ha Individuell Plan	
2	ESAS skjema	
3	Henvise til Palliativt team	
4	Lege ordinere «de fire medikamenter i livets slutfase» i legemiddelkurven	
5	Fysioterapi/Ergoterapi, kartlegge behov for hjelpemidler hjemme	
6	Sosionom	
7	Klinisk ernæringsfysiolog	
8	Vekt og BMI Obs hyppig vekt hos de med ascites og ødemer	
9	Kostregistrering	
10	Ønskekost Tilby ernæringsdrikker og husets næringsdrikk	
11	Vurdere behov for parenteral ernæring eller sondemat	
12	VAP/ernæringssonde, bestille utstyr fra behandlingshjelpemidler før utreise	
13	Opprette kontakt med prest	
14	Decubitusmadrass	
15	Opprette kontakt med kreftkontakt i kommunen. Levere ut kontaktsykepleierskjema med navn og telefonnr.	
16	Behov for nettverksmøte, invitere med fastlegen	
17	Er pasient og pårørende tilstrekkelig informert om sykdom og tilstand	
18	Barn som pårørende	
19	Informert pasienten om "Pusterommet"	
20	Kontakte fastlege	

9.3. Vedlegg 3 – Retningslinjer for bruk av ESAS -r

 Sykehuset Innlandet HF		Divisjon Gjøvik-Lillehammer			
Retningslinjer for bruk av ESAS -r				G-L1402/06-22	
Utgave: 2.01	Utarbeidet av: Palliativt team	Godkjent av Avd.sjef Per Arne Lien		Gjelder fra: 13.11.2018	Side 1 av 2

1. Hensikt og omfang

Edmonton Symptom Assessment System Revised (ESAS-r) er et selvrapporterings skjema for noen av de vanligste symptomene palliative kreftpasienter opplever. Formålet med skjemaet er bedre kartlegging av pasientenes symptomer, noe som igjen skal bidra til økt kvalitet på behandling og pleie. Skjemaet er et godt utgangspunkt for kommunikasjon, og det er også velegnet for å evaluere effekt av behandlingstiltak. Det er lett å anvende/forstå og lite tidkrevende i bruk.

Edmonton Symptom Assessment System Revised (ESAS-r) kan benyttes for alle pasienter med langkommet sykdom. I Norge anbefales rutinemessig bruk av ESAS-r i palliativ behandling. Bruk av skjemaet er også et av kriteriene for å utløse ICD10-kode Z51.50.

2. Ansvar/målgruppe

Leder har ansvar for implementering av ESAS-r. Leger og sykepleiere som har daglig ansvar for behandling og pleie av pasienten, er brukere av ESAS-r.

3. Handling

Bruk av skjemaet er en god innfallsport for kommunikasjon, og det kan føre til at flere plager blir oppdaget.

Skjemaet består av 8 av de vanligste symptomene palliative kreftpasienter opplever: Smerte, slapphet, døsighet, kvalme, nedsatt matlyst, tung pust, depresjon og angst. I tillegg er det et spørsmål om generelt velvære "Alt tatt i betraktning, hvordan har du det i dag?", samt mulighet for å føre på annet symptom som plager pasienten (f.eks forstoppelse). For hvert symptom benyttes det numerisk skala (NRS) som går fra 0 (ingen plage) til 10 (verst tenkelig plage). Pasientens svar overføres til et grafisk oversiktsskjema som gir innblikk i symptomutvikling over tid.

Ideelt sett er det pasienten selv som skal fylle ut ESAS-r. Hvis en pasient av ulike årsaker ikke klarer å fylle ut skjemaet, kan dette bli gjort med assistanse fra ansatte eller pårørende.

På skjemaet er det en rubrikk hvor en krysser av for hvem som har fylt ut skjemaet.

Det anbefales at pasienter fyller ut skjemaet regelmessig.

Fortell at hans/hennes egen vurdering av plagene er viktig for å kunne tilby best mulig behandling og pleie. Svarene vurderes av lege på revisitt og tas opp med pasienten på visitt.

Referanser

Husk: Utskrift er en kopi. Originalen ligger i kvalitetssystemet.

Sykehuset Innlandet

Utgave: 2.01	Retningslinjer for bruk av ESAS -r	G-L1402/06-22 Side 2 av 2
--------------	---	------------------------------

1. Bruera E, Norma K, Miller MJ, Selmser P, Mcmillan K. The Edmonton symptom assessment system (ESAS): A simple Method for the Assessment of palliative care patients. *J Palliat Care* 1991;7:6-9.
2. Nekolaichuk C, Watanabe S, Beament C. The Edmonton symptom assessment system: a 15-year retrospective review of validation studies (1991-2006). *Palliat Med* 2008;22:111-22.
3. Helsedirektoratet. Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliativ kreftomsorg. Helsedirektoratet; 2007.
4. Garyali A, Palmer LJ, Yennurajalingam S, Zhang T, Pace EA, Bruera E. Errors in symptom intensity self-assessment by patients receiving outpatient palliative care. *Journal of Palliative Medicine* 2006;9:1059-65.
5. Watanabe S, Nekolaichuk C, Crystal B, Mawani A. The Edmonton symptom assessment system- what do patients think? *Support Care Cancer* 2008.

