

BACHELOROPPGAVE

”Å lindre den som lider”

- Hva må til for at en sykepleier kan bidra til god lindring av kreftsmarter i den terminale fasen?

av

Kandidatnummer: 53 Ann Helen Ryland

Kandidatnummer: 31 Silje K Skaflestad

” To ease the pain of those who suffer”

- What does it take for a nurse to contribute to relieve cancerpain at the end of life?

Bacheloroppgave i sykepleie

SK 152

Ord: 10280

Mai 2015



**Avtale om elektronisk publisering i Høgskulen i Sogn og Fjordane sitt
institusjonelle arkiv (Brage)**

Jeg gir med dette Høgskulen i Sogn og Fjordane tillatelse til å publisere oppgaven (Å lindre den som lider) i Brage hvis karakteren A eller B er oppnådd.

Jeg garanterer at jeg er opphavsperson til oppgaven, sammen med eventuelle medforfattere. Opphavsrettslig beskyttet materiale er brukt med skriftlig tillatelse.

Jeg garanterer at oppgaven ikke inneholder materiale som kan stride mot gjeldende norsk rett.

Ved gruppeinnlevering må alle i gruppa samtykke i avtalen.

Fyll inn kandidatnummer og navn og sett kryss:

Kandidatnummer: 53 Ann Helen Ryland

JA NEI

Kandidatnummer: 31 Silje K Skaflestad

JA NEI

Sammendrag

Tittel

Å lindre den som lider

Bakgrunn for valg av tema

Norge har en av den høyeste kreftforekomsten av i Europa (kreftregisteret, 2013). Etter samhandlingsreformen er det flere kreftpasienter som blir innlagt på sykehjem i hjemkommunene. Mange av de skal «hjem» for å dø. Gjennom praksiser og arbeidsliv har vi erfart palliasjon og sett utfordringer som sykepleiere møter i sykehjem. Vi har valgt tema om smertelindring til kreftpasienter grunnet egen interesse for fagområdet.

Problemstilling

«Hva må til for at en sykepleier kan bidra til god lindring av kreftmerter i den terminalfasen?»

Fremgangsmåte

Vi har basert vår oppgave på faglitteratur som omhandler temaet. Litteraturen er brukt som pensum ved Høgskolen i Sogn og Fjordane. Annen litteratur har vi søkt og valgt ut via Høgskolen sine databaser. Vi har med 3 forskningsartikler. Alle artiklene er kvalitative og omhandler tema som legemiddelforeskriving, følelser til pasienter og smertekartlegging.

Konklusjon

Gjennom oppgaven har vi kommet frem til at en sykepleier kan bidra med god smertelindring gjennom å ha kunnskap om smerter og hvordan de påvirker pasientene. En del av kunnskapen burde være basert på kartlegging og vurdering av smerter. Det er også viktig å kunne reflektere over egne valg man tar som sykepleier, og søke veiledning når dette trengs. Medikament burde være enkelt å administrere og gjerne være planlagt i forkant. For å lindre den som lider må vi selv stå i lidelsen og ta vanskelige valg. Med kunnskap står vi sterkere i vår utøvelse, noe disse pasientene trenger.

Innhold

1.0 Innledning	1
1.2 Bakgrunn for valg av tema.....	2
1.3 Problemstilling.....	2
1.3.1 Avgrensning av problemstilling	2
2.0 Metodedel.....	3
2.1 Litteraturstudie som metode	3
2.2 Søkeprosessen etter litteratur	3
2.3 Søkeprosessen etter forskningsartikler	4
2.4 Kildekritikk.....	4
2.5 Vurdering av metode.....	5
3.0 Teori.....	6
3.1 Palliasjon.....	6
3.1.1 Palliasjon i sykehjem.....	6
3.1.2 Den terminale fasen.....	7
3.1.3 Helhetlig omsorg i terminalfasen	7
3.1.4 Forskning.....	8
3.2 Smerte	9
3.2.1 Kreftsmarter.....	9
3.2.2 Kartlegging av smerter	10
3.2.3 Forskning.....	11
3.2.4 Medikamentell behandling av smerter	12
3.2.5 Forskning.....	13
3.3 Retningslinjer og Lover	13
3.3.1 Nasjonale retningslinjer	14
3.3.2 Yrkesetiske retningslinjer	14
3.3.3 Lover	14
3.4 Etske teorier og kommunikasjon.....	15

3.4.1 Holdninger og verdier	15
3.4.2 Kommunikasjon.....	16
4.0 Drøfting.....	16
4.1 Å kartlegge og vurdere smerter	16
4.2 Å behandle den terminale pasienten medikamentelt	18
4.3 Å lindre den som lider med en helhetlig omsorg	20
5.0 Konklusjon	24
Litteraturliste	26

1.0 Innledning

Kan du se smerte i en fremmedes øyner? Klarer du å kjenne igjen lidelse når du møter den?

I følge kreftregisteret (2013) har Norge en av de høyeste forekomstene av kreft i Europa. I 2013 døde 10 699 mennesker av sin kreftsykdom i Norge. Hadde alle disse en smertefri død?

Kreft rammer alle aldersgrupper, men risikoen øker med alderen (Kreftregisteret, 2013). Antall eldre og antall krefttilfeller er sterkt økende, dette har ført til et økt behov for palliativ behandling, pleie og omsorg. Bortimot alle kreftpasienter vil trenge kvalifisert behandling for blant annet å lindre smerter de siste levemåneder (Haugen, Jordhøy, & Hjemstad, 2007, s. 203).

Smerter er det vanligste symptom hos pasienter med fremtredende kreft, og opptrer hos ca.75 prosent av disse pasientene (Eriksen, Henriksen, Svarre & Wraae, 1989, s. 205). Å ha kunnskap om ulike smertemekanismer og hvordan de kan påvirkes av medikamentelle eller ikke-medikamentelle tilnærminger, er en forutsetning for å yte god og effektiv smertelindring (Rosland & Tjølstad, 2007, s. 325). En sykepleier har en viktig funksjon i smertebehandlingen til pasienten, og har et stort ansvar for å lindre pasientens smerter (Berntzen, Danielsen & Almås, 2011, s. 355).

Førti prosent av alle dødsfall i Norge skjer i sykehjem, derfor må alle sykehjem kunne tilby grunnleggende palliasjon til alle pasienter i sykehjemmet, og må kunne legge forholdene til rette for god lindring i en terminal fase (Haugen, Jordhøy, & Hjemstad, 2007, s. 203). Sykepleiere møter døende pasienter i alle aldersgrupper og i alle ledd i helsetjenesten. Det kreves personlig og faglig kompetanse for å kunne bidra til å redusere omfanget av den lidelsen pasient og pårørende opplever når de står over dødens virkelighet. Å hjelpe pasienten til en verdig og fredfull død er dypt forankret i helsetjenestens etikk og har alltid vært et viktig anliggende i sykepleie (Sæteren, 2010, s. 235).

Rammene rundt pasienten vil være forskjellige, avhengig av om døden skjer i en institusjon eller hjemme, men innholdet i omsorgen er den samme. Ikke alle pasienter har mulighet til å velge å dø hjemme, noe som kan skyldes pasientens sykdomstilstand, svakt sosialt nettverk, eller at de som står nært ikke makter den belastningen det er å ha ansvar for en døende. For noen vil det være best å få dø i en institusjon (Sæteren, 2010, s. 253).

1.2 Bakgrunn for valg av tema

Vi har valgt å belyse temaet om å lindre smerter til pasienter som er rammet av kreft når døden nærmer seg. Gjennom vår tid som studenter, har vi begge erfaringer fra å jobbe med kreftpasienter. Det er gjennom denne erfaringen vi har fått interessen for palliasjon og smertelindring til denne pasientgruppen. Vi har begge opplevd at smerter ofte er et av det største problemet til disse pasientene i slutten av livet, og ønsker derfor å få mer kunnskap på dette området. Samtidig ser vi hvor viktig det er som sykepleier, å ha god kunnskap om å lindre smerter i en terminal fase. Vi antar et økende behov for denne kompetansen i sykehjem.

1.3 Problemstilling

Hva må til for at en sykepleier kan bidra til god lindring av kreft smerter i en terminal fase?

1.3.1 Avgrensning av problemstilling

Vi har valgt å begrense oppgaven til pasienter med kreft som er i livets slutfase. Vi velger å kalle denne fasen for den terminale fasen, og mener med det pasientens siste levedager. Vi ser for oss et scenario med pasienter som kommer fra sykehus til sykehjem i sin hjemkommune når behandlingen deres er avsluttet. Fokuset er på sykepleiers møte med pasientene. Det er også viktig å ha fokus på pårørende, men vi valgte i denne oppgaven pasienten som det største fokus.

Problemstillingen omhandler smertelindring av kreft smerter. Vi er klar over at disse pasientene har flere symptomer som forbindes med lidelse i den terminale fase, men vi valgte å ha fokus kun på smerter, som i seg selv er et område som er stort nok å dekke.

Vi har valgt å ikke avgrense til en aldersgruppe, kjønn eller type kreftsykdom. Vi ser at pasienter med kreft som oftest har spredning og smerter som er relatert til dette. Det vi ikke ser, er at smertene hadde vært annerledes ved ulik alder eller kjønn. Vi ser for oss at den smertestillende behandling først og fremst skjer ved hjelp av medikamenter.

Vi ser for oss at de som jobber i avdelingene ikke har noe spesiell videreutdanning knyttet til palliasjon. Forestillingene vi har om sykehjemmenes rutiner angående legebekø og annen tilknytting til andre fagpersoner er basert på våre egne erfaringer med sykehjem i vår hjemkommune.

Noe som vi ser på som veldig viktig i sykepleie yrket, er pasientenes autonomi og samtykke. Dette er noe vi har lært gjennom hele studiet at vi må ivareta. I denne oppgaven har vi grunnet stort omfang, gått ut i fra at pasientene ønsker smertelindring, og gjør derfor ikke noe videre rede for verken autonomi eller samtykke.

2.0 Metodedel

Metode er redskapet vi bruker for å samle inn data og informasjon til undersøkelsen vår (Dalland, 2014, s. 112).

Under metodekapittel skal vi presentere den litteratur og skriftlig informasjon vi har brukt gjennom vår skriveprosess.

2.1 Litteraturstudie som metode

I denne oppgaven har vi brukt litteraturstudie som metode. Metoden vi har valgt forteller oss hvordan vi bør gå til verks for å fremskaffe oss kunnskap. Dette vil kunne gi oss god data og belyse spørsmålet vårt på en faglig og interessant måte (Dalland, 2014, s. 111). I en litterær oppgave kan man ta utgangspunkt i en problemstilling man husker fra praksis, eller man kan ha fått interesse for et spesielt tema opp igjennom utdanningen man har lyst å belyse. Du ønsker med andre ord å forstå noe i faget ditt, eller ønsker å formidle at det kan bli bedre (Dalland, 2014, s. 223). Vi har valgt en problemstilling vi synes er relevant for sykepleiere og har brukt litteraturstudie som metode for å finne relevant litteratur og svar på denne. I en litteraturstudie bruker vi andre sine teorier og forskninger som er publisert (Dalland, 2014, s. 222).

2.2 Søkeprosessen etter litteratur

Et litteratursøk bygger i hovedsak på skriftlige kilder (Dalland, 2014). Vi har søkt etter litteratur i pensum bøker som vi har brukt gjennom hele sykepleierutdanningen. Via Høgskolen i Sogn og Fjordane sitt bibliotek har vi brukt følgende søkeord for å finne relevante fagbøker. Søkeord som palliasjon, terminal pleie, smerter og kreft.

Ei bok som vi har brukt mye gjennom hele oppgaven er *Palliasjon* av Stein Kaasa (2007). Denne boken har hjulpet oss å forstå temaet og preget vår forforståelse. Forfattere som Kristoffersen, Nortvedt, Skaug (2011), Almås, Stubberud, Grønseth(2010), Kirkevold, Brodtkorb, Ranhoff (2014) er forfattere vi er kjent med opp gjennom studiet, med gode referanser til sine bøker er de en pekepinn for oppgavens fremgang. Noen bøker som ble brukt holdt ikke vår avgrensing om nyeste oppdatert litteratur, dette var vi klar om og tok det med i betraktning når vi brukte kildene. Saunders (1986) er en av disse, selv om den var skrevet for en del år siden viser den til interessante vinkler om temaet, derfor har vi valgt å bruke den.

2.3 Søkeprosessen etter forskningsartikler

Når vi søkte etter forskning siktet vi oss inn på kvalitative artikler siden vår problemstilling fokuserer på følelser og opplevelser til mennesker. En kvalitativ metode er noe som ikke kan tallfestes eller måles, men tar sikte på opplevelser, følelser og meninger. Det som hadde vært en fordel med kvantitativ metode, er at det er mer konkret enn den kvalitative. Der brukes målbare enheter, tall og prosenter (Dalland, 2014, s. 112).

Vi startet med å bruke databasen Svemed+ til å finne engelske søkeord etter anbefalinger fra lærere på skolen. Svemed+ er en nordisk database og der kan du få oversatt norske ord til viktige engelske nøkkelord som vi kan bruke videre i prosessen. Uten relevante treff på Svemed, gikk vi videre med å søke via Academic Search Premier. I Academic Search Premier kan vi hake ut andre databaser som vi ønsket å søke i samtidig. I disse søkene kunne vi begrense søkene våre. Vi valgte begrense søkene våre til full tekst artikler, som ikke var eldre en 10 år. Vi valgte da ut databasene Cinahl og Medline. Medline er en database som inneholder fulltekst artikler, Cinahl inneholder forskning, men også tidsskriftsartikler og avhandlinger samt en del pasienterfaringer.

Den 13.04 gikk vi inn på databasen Academic Search Premier og la til de to databasene Cinahl og Medline. Vi begrenset søket til artikler som ikke var publiserte etter 2010 og ønsket bare artikler som var tilgjengelig med fulltekst. Søkeordene vi brukte var pain control, nursing, cancer, end of life og palliative care. Disse ordene kombinerte vi med AND og endte da opp med 20 treff der vi valgte ut en artikkel. *Palliative Care, Pain Control and Nurse Prescribing* skrevet i 2010 av Creedon og O'Regan.

Når vi leste fagbøker om temaet vårt kom vi over en henvisning i et kapittel skrevet av Grov i Geriatri (2014). Der henvises det til en forskningsartikkel som vi valgte å finne frem i sin helhet. Vi fant den gjennom et søk på Google. *Feeling like a burden to others* er skrevet av McPherson, Wilson, Murray og publisert i 2007.

Når oppgaven utviklet seg og vi skulle begynne å drøfte kom vi frem til at vi trengte mer faglig støtte til kartleggingsverktøy av smerter. Så den 15. mai valgte vi å foreta et raskt søk på sykepleien.no der vi fant en artikkel som var fagfellevurdert, og valgte å bruke den. Artikkelen heter Sykepleieres bruk av Edmonton Symptom Assessment Scale (2010) og er skrevet av Bakke Myhra og Grov. Treffet av søk på ESAS på sykepleien.no gav oss 16 treff.

2.4 Kildekritikk

For å utøve god kildekritikk, må en ha kunnskap om det en skriver om. Dette gjelder tilleggslitteraturen og pensum som blir brukt (Dalland, 2014, s. 73). Vi har brukt mange av bøkene fra

pensum, men har også supplert med flere relevante bøker vi har lånt på biblioteket. Vi har forøkt å holde oss til oppdatert litteratur. Med det mener vi litteratur som ikke er eldre en 10 år.

Vi registrerte at noen av bøkene vi lånte var eldre enn det vi skulle ønske, men valgte å bruke de til tross for dette da vi vurderte det delen at stoffet vi brukte fra de fremdeles var gjeldende, og vi lykkes ikke å finne det noen andre steder med nyere utgivelsesdato.

En ting vi kan se er en svakhet i oppgaven vår, er at vi har brukt geriatri boken en del når vi skriver om terminalfase og terminal pasient. Vi er klar over at den boken omhandler eldre pasienter, men vurderte det til at en terminal fase og en terminal pasient har såpass mange fellestrekk med den eldre terminale, og litteraturen ble derfor svært relevant for oppgaven vår.

2.5 Vurdering av metode

Når vi begynte på oppgaven var vi ikke helt klar over hvor stort temaet vårt egentlig var. Vi innså at det er veldig mye vi skulle ønske å ha med i oppgaven, men vi var nødt til å begrense oss. Dette ble en nødvendighet for oss for å kunne holde en rød tråd gjennom både drøfting og teori.

På grunn tidsaspektet vi har på denne oppgava valgte vi å foreta oss ett litteraturstudie. Vi hadde ikke tid og ressurser til å gjøre en egen undersøkelse om temaet. Vi er fornøyde med artiklene vi har funnet og ser det som en styrke at vi bruker kvalitative artikler.

Vi ser på ordene «Å lindre den som lider» nært knyttet til et menneskes opplevelser og følelser. Det er sikkert vanskelig å lage en statistikk over hvor mange mennesker som dør med smerter siden vi egentlig ikke vet hva de døende tenker og føler etter at de har mistet bevissthet. Derfor har vi valgt kvalitativ metode. Vi ser det som en styrke med oppgaven vår at vi fant relevant litteratur på et tidlig tidspunkt. Vi hadde gjerne sett at vi fant mer litteratur om sykepleierens opplevelser og følelser innen temaet.

En svakhet i oppgaven er at en del forskning ikke er foretatt i Norge men i andre deler i Europa. Men vi så at den kulturelle likheten var såpass stor til disse landene att vi anså at det ikke skulle være slående ulikheter i verdier og vurderinger. Derimot er de fleste av artiklene vi har brukt skrevet og publisert på engelsk. Dette kan ses som en svakhet dersom vi ikke har tolket artiklene riktig.

Vi ser det som en styrke at vi har flere artikler som omhandler ulike temaer så vi kan få et større helhetsbilde når vi knytter dem sammen i drøftingen.

3.0 Teori

I teorien under skal vi gå nærmere inn på hvordan kreftsmarter oppstår og hvordan man behandler dem. Vi vil også definere begrepet palliasjon og hvordan smerter kan kartlegges.

3.1 Palliasjon

Verdens helseorganisasjon (WHO) definerer palliasjon som en aktiv behandling, med pleie og omsorg for en pasient med en inkurabel sykdom og en kort forventet levetid. Lindring av pasientens smerter står sentralt innen palliasjon, samt tiltak som er rettet mot psykiske, sosiale og åndelige/eksistensielle problemer. Palliativ behandling og omsorg forlenger ikke selve dødsprosessen og fremskyver heller ikke døden. Palliasjon ser på døden som en del av livet (Helsedirektoratet, 2015).

3.1.1 Palliasjon i sykehjem

Kreftpasienter vil kreve mer kompetanse og ressurser enn det en vanlig sykehjemsavdeling kan tilby. Derfor står sykehjemmene som institusjon overfor store utfordringer når det gjelder videreutvikling av palliasjon. Dette gjelder både som en del av det ordinære pleie og behandlingstilbudet i sykehjemmet, men også som kommunal kompetansesentra med mer avansert palliativ tjeneste. Det anbefales derfor at det opprettes egne palliative enheter eller tilpassede plasser på sykehjem (Haugen, Jordhøy, & Hjemstad, 2007, s. 204).

En palliativ enhet i sykehjem er en enhet innad i sykehjemmet, som er øremerket for å ta seg av den palliative pasienten og pårørende. Denne enheten skal gi et tilbud til pasienter som trenger palliativ behandling, pleie og omsorg. Dette innebærer et tilbud utover det en vanlig sykehjemsavdeling kan tilby. Korttidsopphold, avlastning for pårørende, rehabiliteringsopphold og behandling, pleie og omsorg inntil døden er ansvarsområdene for en palliativ enhet i sykehjem (Haugen, Jordhøy, & Hjemstad, 2007, ss. 204-205).

Sykehjem uten palliativ enhet har som oppgave å legge til rette for god symptomlindring og terminalpleie og omsorg for alle pasienter i sykehjemmet. Det kan være uhensiktsmessig og vanskelig å gjennomføre, at små kommuner har en egen palliativ sykehjemsenhet. Da kan alternativet være at sykehjemmet har en eller flere senger til palliativ behandling som brukes etter behov. Å ha noen palliative senger kan være en motivasjon til økt fokus på fagfeltet og en kompetanseøkning for personalet, samt det har positive ringvirkninger for sykehjemmet som helhet. For at sykehjemmet

skal kunne få ha palliative sykehjemssenger krever det tilstrekkelig kompetanse hos personalet til å gi god grunnleggende palliativ behandling (Helsedirektoratet, 2015).

Et godt klinisk tilbud krever samarbeid på mange nivåer mellom helsepersonell av samme og forskjellige profesjoner, mellom nivåer i helsevesenet, mellom avdelinger på sykehus og innen samme avdeling (Kaasa, 2007, s. 37). Det blir viktig med et tett samarbeid med spesialisthelsetjenesten, noe som også bidrar til økt trygghet for personalet og gjør til at avansert palliativ behandling kan tilbys utenfor sykehus. Både når det gjelder etablering og drift av en palliativ sykehjemsenhet, er det betydelig dyrere enn en vanlig sykehjemsavdeling. Dette skyldes personellkostnader, kostbare medikamenter og utstyr. Men uten et tilstrekkelig sykehjemstilbud vil palliative enheten i sykehus fungere som en erstatning for sykehjem, noe som absolutt ikke er kostnadseffektivt (Haugen, Jordhøy, & Hjemstad, 2007, s. 205-206).

Grunnleggende prinsipper innen palliasjon gjelder for alt helsepersonell som arbeider med alvorlig syke og dødende pasienter. I dette inngår det blant annet terminal pleie, kartlegging av symptomer og plager og symptomlindring (Helsedirektoratet, 2015).

3.1.2 Den terminale fasen

En terminalfase betyr det siste stadium eller slutfasen. Det er misvisende å snakke om at en pasient er i den terminal fasen før han har tydelige kliniske tegn på at livet snart er over. Klinisk tegn kan være overfladisk respirasjon, synlig nedsatt sirkulasjon eller opphør av urinproduksjon (Mathisen, 2011, s. 302-303).

Andre kjennetegn på en terminal pasient er at han er ytterst svak og er sengeliggende. Pasienten er i lengre perioder knapt kontaktbar og er mer eller mindre ikke orientert for tid og sted. Den terminale pasienten blir ofte mindre og mindre interessert i mat og drikke, og har vanskelig for å svelge medikamenter (Lindring i nord, 2012). Det kan være store individuelle variasjoner på hvor lenge en terminalfase varer, noe som kan henge sammen med pasientens tilstand, spesielt grad av grunnleggende hjerte og lungefunksjon og kreftsykdommens totale utbredelse og lokalisering (Kaasa, & Loge, 2007, s. 86).

3.1.3 Helhetlig omsorg i terminalfasen

Pasienten dør ikke passivt fra en sykeseng, men han dør i fra mennesker som betyr noe for ham og fra selve livet. De indre og ytre forandringene av kroppen kan føre til endringer i opplevelsen av seg selv, noe som gjør pasienten mer sårbar (Reitan, 2010, s. 25).

En pasient som er i terminalfasen blir ofte omtalt som sårbare. Pasientens behov for varsomhet kan ses gjennom responsen på håndlaget som vasker vedkommende på ryggen, måten en tar av og på skjorta på, og hvilke ord som brukes i samtalen. Langsomme bevegelser, varme hender når en berører pasienten, at en setter på minimalt med lys når en for eksempel skal gi smertestillende om natten, er eksempel på slik varhet som kan være viktig for pasienten i terminalfasen. Åndelige, eksistensielle og psykososial lidelser er former for smerter som kan være vanskelig å skille fra tristhet, tap, sorg og fortvilelse (Grov, 2014, s. 524).

Sykepleier trenger kunnskap om hvordan sykdommen virker inn på helsetilstand og funksjon. De trenger kunnskap om hva som er viktige mål og ønsker for personer i terminalfasen, og om hvordan pleie og omsorg for denne målgruppen påvirker pårørende og helsepersonell. Å ta vare på personer i terminalfasen og deres pårørende krever etisk kunnskap, engasjement og refleksjon, slik at bevisste holdninger synliggjøres i både væremåte og håndlag (Grov, 2014, s. 522).

Joyce Travelbee er en sykepleieteoretiker som retter i sin sykepleietenkning oppmerksomheten spesielt mot de mellommenneskelige aspektene ved sykepleien. Travelbee understreker at menneskets har en tilbøyelighet til og en evne til å søke etter mening i møte med lidelse, sykdom og smerte. Empati er et velkjent begrep som har en sentral plass i Travelbees sykepleietenkning. Dersom sykepleieren mangler evnen til å se mennesket i pasienten, vil omsorgen bli overfladisk og mekanisk. Travelbee beskriver også detaljerte kommunikasjonsferdigheter og teknikker som sykepleieren må arbeide med å utvikle. Kommunikasjon mellom sykepleier og pasient står helt sentralt når det gjelder å sikre at de tiltakene sykepleieren iverksetter, er i samsvar med pasientens behov (Kristoffersen, 2011, s. 213-220).

Virginia Henderson er en sykepleieteoretiker som beskriver sykepleiernes særegne funksjon, og laget noen grunnprinsipper for sykepleiere. Hendersons sykepleiedefinisjon vider til gjøremål som er nødvendige for god helse, helbredelse eller en fredfull død. Det er en sykepleiers ansvar å hjelpe pasienten slik at døden, når den er nær forestående, blir fredfull (Kristoffersen, 2011, s. 213-220).

3.1.4 Forskning

I 2007 ble det publiserte en artikkel av McPherson, Wilson og Murray som gir en systematisk gjennomgang av selvopplevd belastning i slutten av livet. Ved hjelp av standard metoder ble litteraturen gjennomført etter relevante studier innen palliativ omsorg. Søkene ble gjort over en 20-års- periode frem til 31. November 2005. Litteraturen som ble funnet ble gjennomgått av tre

forfattere og vurdert før de ble inkludert i denne studien.

Gjennomgangen viste av selvopplevd byrde er rapportert som et betydelig problem blant dødssyke pasienter. Selvoppfattet byrde har også blitt identifisert som en relevant faktor når det gjelder handlinger til pasienter med en livstruende sykdom, eller det å akseptere behandlingen. Disse faktorene kan blant annet være stedet for omsorg ved livets slutt (McPherson, Wilson & Murray, 2007).

3.2 Smerte

Smerte blir definert som en ubehagelig sensorisk og emosjonell opplevelse. Dette som følge av en faktisk eller potensiell vevsødeleggelse. Smerter er alltid subjektive, og de er et sammensatt fenomen som påvirkes fysiske, psykiske, sosiale, kulturelle og åndelige/eksistensielle forhold (Helsedirektoratet, 2015). Smerte er det symptomet de aller fleste kreftpasienter frykter mest av alt (Lorentsen, & Grov, s. 407).

3.2.1 Kreftsmarter

En smertetilstand kan klassifiseres på flere måter, som det å skille mellom smertetilstander som skyldes kreften og det som ikke skyldes kreften. Eller det å skille mellom akutte og kroniske smerter. Smerte kan også klassifiseres ut fra patofysiologiske mekanismer, intensitet, variabilitet, eller om den responderer på opioider eller ikke (Kaasa, & Borchgrevink, 2007, s.273).

Kreftpasienter har ofte både akutte og kroniske smerter. I en kronisk smertesituasjon vil det ofte komme akutte, høyintense smerteepisoder i tillegg til en jevn vedvarende smerte. Dette blir kalt gjennombruddssmerte, som er vanlig ved kreftutløste smerter (Bjørge, 2010, s. 197). Slike smerter kan komme raskt, og nå topp intensitet og vare i 5 til 10 minutter (Lorentsen, & Grov, 2011, s. 407).

Kroniske smerter kan skyldes en gradvis progresjon av kreftsykdommen, bivirkninger etter behandling eller en kombinasjon av disse. Den akutte smerten er forbigående og blir ofte assosiert med angst og usikkerhet. Når pasienten er trygget på at de akutte smertene ikke skal gi varig skade, forsvinner ofte angsten (Kaasa, & Borchgrevink, 2007, s. 275).

Kreftsmertenes karakter vil variere avhengig av hvilken struktur som er involvert. Det er som regel progresjon av grunnsykdom som er årsak til fysiske smerter hos kreftpasienter. Det er derfor viktig å ha kunnskap om sykdommens natur og hvordan vekst og metastase –mønsteret er, og hvilke smertetyper som oppstår, avhengig av hvor tumor er lokalisert (Kaasa, & Borchgrevink, 2007, s. 278).

Pasienter med framskreden sykdom har som oftest sterkere smerter enn de med et kortere sykdomsforløp. Smerteproblematikken er som oftest størst hos de som har kreftformer som har spredning til skjelettet, som brystkreft, prostatakreft og lungekreft (Lorentsen, & Grov, 2011, s. 407).

Smerteopplevelsen er forskjellig hos hvert enkelt individ. Det samme gjelder for kognitiv og emosjonell bearbeiding av smerteinformasjonen i hjernen. Dette gjør det vanskelig å sammenlikne smerte mellom individer og utvikle gode objektive målemetoder for registrering av smerte. I dagens praksis brukes det i stor grad subjektive målemetoder og pasientens egne utsagn i vurderingen av smertenens intensitet og effekten av behandlingen (Bjørø, 2010, s. 194).

3.2.2 Kartlegging av smerter

En sykepleier har ansvar å kartlegge pasientens totale smerter. Men dette menes det både de fysiske, psykiske, sosiale og de eksistensielle smertene (Lorentsen, & Grov, 2011, s. 412).

Smertekartlegging krever en anamnese og en klinisk undersøkelse, og noen ganger med en enklere nevrologisk orientering (Bjørø, 2010, s. 201).

I en terminal fasen er det av stor betydning å ha optimal symptomkontroll. Siden mange pasienter i den terminal fasen er kognitivt svekket, må en benytte seg av observasjoner som blir utført av helsepersonell, pårørende eller en kombinasjon av begge en mulighet er å benytte skjemaer som er utviklet for observatørvurderinger. ESAS er et skjema som kan være til god hjelp da det kan fylles ut av helsepersonell og pårørende (Kaasa, 2010, s. 306).

Viktige tegn på smerter som kan observeres av sykepleier er symptomer som sukking, jamring, rop om hjelp, gjentatte monotone rop. Kroppsbevegelser kan være tegn på smerter, de kan vise seg som anstrengte kroppsstillinger, urolige og nervøse bevegelser, gyngende bevegelse og endringer i kroppsbevegelsene. Smerter kan være forandringer i mellommenneskelig samhandling, som kan vise seg som aggressivitet, motsette seg omsorg, opprivende, forstyrrende oppførsel eller tilbakeholden. Forandring av mental status kan innebære gråtetokter, rennende tårer, økt forvirring og irritabilitet som også kan være tegn på smerter (Torvik, & Bjørø, 2014, S. 396-398).

Kartleggingen av smerter bør gjøres på en systematisk måte (Kaasa, 2007, s. 306). For å kartlegge smerter hos kreftpasienter, er det mest vanlig å bruke blant annet VAS-skalaen, ESAS-skjema og kroppskart. Det er besluttet at ESAS skal være en kvalitetsindikator for palliativ behandling i Norge. ESAS skjemaet kartlegger flere symptomer samtidig og det er bare to spørsmål som berører smerter, det er smerter i ro og i bevegelse. Siden flere symptomer ofte opptrer samtidig og kan forsterke smerteopplevelsen er det hensiktsmessig å bruke ESAS i kartleggingen (Lorentsen, & Grov, 2011, s. 412).

I kartleggingen og vurderingen av pasientenes smerte, er det viktig å vite smertens lokalisasjon, intensitet, variasjon og varighet og hva den fører til av nedsatt funksjon. Dette er vesentlig for å få tilfredsstillende smertelindring (Berntzen, Danielsen & Almås, 2011, s. 362). Det er viktig å vite hvilken smertetype pasienten har og tidsaspektet på smertene, samt de andre viktige faktorene som kan relateres til pasientens totale smerte. Det er også nødvendig å ha kunnskap om pasientens smertehistorie fra begynnelsen til dagsdato. Dette og i tillegg til god kunnskap om kreftsykdommens naturlig forløp vil være helt avgjørende for å få et generelt inntrykk av den enkeltes pasients situasjon (Kaasa, 2007, s. 289).

Den smertestillende behandlingen skal alltid evalueres og nye tiltak settes i verk dersom målet ikke nås. Både pasientens smerteopplevelse, behandlingen som gis, og effekten av denne skal dokumenteres i pasientens journal (Berntzen, Danielsen & Almås, 2011, s 379).

3.2.3 Forskning

Myhra og Grov(2010) har foretatt en studie her i Norge som gikk ut på å kartlegge bruken av ESAS i sykehjem. Noen av sykehjemmene hadde palliative enheter, mens andre kun hadde senger som var forbeholdt palliative pasienter. Det var totalt 16 sykehjemsavdelinger med i undersøkelsen. 12 av disse hadde en palliativ enhet. Undersøkelsen ble gjort ved hjelp av et egenutviklet spørreskjema.

Funnene fra denne studien viser at de ansatte ved sykehjemmene som har palliative enheter, har skriftlige rutiner for bruk av ESAS og alle har fått opplæring i bruken av det i større grad enn ved sykehjem uten palliativ enhet. Det kom også frem at sykepleierne ved sykehjemmene uten palliativ enhet var enige i at de hadde så dårlige pasienter, at det var vanskelig å bruke skjemaet på en systematisk måte. På den andre siden var sykepleierne Ved sykehjemmene som har palliativ enhet enig i at ESAS også er egnet for de dårligste pasientene. Forklaringen på dette kan være at de ved den palliative enheten har utviklet metoder og tilnæringsmåter som ivaretar pasientene ved utfyllingen av ESAS.

De ulike avdelingene hadde lik bruk av ESAS og lik kunnskap om bruken av skjemaet. Men sykepleierne ved avdelingene mente at pasientene som oftest var for dårlige for å kunne bruke skjemaet. Studien konkluderte med at to moment kunne fremme bruken av ESAS til svært dårlige pasienter. Det første momentet var å undervise i metoder og tilnærming til å bruke ESAS til dårlige pasienter. Det andre momentet var å innarbeide skriftlige rutiner om bruken av ESAS (Myhra, & Grov, 2010).

3.2.4 Medikamentell behandling av smerter

Det er en viktig oppgave for sykepleieren å gjøre en smerteanalyse og å kontrollere pasientens smerteutvikling kontinuerlig. Det kan brukes et smertekart til å lokalisere smerten, i tillegg til kartlegging av smertens intensitet, varighet og kvalitet. Legen vil forordne et smerteregime ut fra en slik kartlegging. En forutsetning for tilfredsstillende smertelindring er et godt tverrfaglig samarbeid mellom lege, sykepleier, psykolog, prest og sosionom, slik at pasienten får en helhetlig behandling av smertene sine (Sæteren, 2010, s. 243).

Siden kreftsmarter kan bestå av flere forskjellige smertetyper samtidig, vil dette kreve forskjellig behandling eller kombinasjonsbehandlinger (Lorentsen & Grov, 2011, s. 407). Det er legen som forordner legemidlene, og det er sykepleieren som administrer legemidlene. Sykepleier er også den som observerer virkningen og bivirkningene av legemidlene, og eventuelle interaksjoner (Grov, 2014, s. 532). Smertestillende medikamenter som pasienten bruker i den terminale fasen skal kontinueres selv om pasienten ikke lenger er ved bevissthet, siden årsaken til pasienten smerter er fortsatt til stede. Ubehandlet smerter kan være årsaker til uro og forvirring hos pasienten (Lindring i nord, 2012).

Et hjelpemiddel til smertebehandling er den såkalte smertetrappen. Smertetrappen verdens helseorganisasjon (WHO), og er inndelt i fire trinn. I de ulike trinnene forholder man seg til ulike grupper medikamenter og ulike kombinasjoner av disse i forhold til intensiteten av smertene. Det 2 høyeste trinnene, 3 og 4 gjelder to forskjellige pasientgrupper. Den ene er den gruppen som ikke kan behandles peroralt, og den andre gruppen er pasienter der perorale opioider ikke klarer å kontrollere smertene (Bjørgero, 2010, s. 204-211).

Smertestillende medikamenter kan administreres på flere måter, peroralt, rektalt, subkutan, transdermalt, spinalt/epiduralt og nasalt. Medikamentet bør administreres på enklest mulig måte for pasienten og pårørende, samtidig som det må være enkelt å behandle gjennombruddssmerter (Kaasa, 2007, s. 266).

Opioider er det viktigste i behandlingen av kreftsmarter. Ett eksempel på opioid er Morfin. Det er det medikamentet som det er mest erfaring med å bruke, og det anbefales som førstevalg ut fra lang klinisk erfaring. Vanlige bivirkninger er kvalme, obstipasjon og sedering, og mindre vanlige bivirkninger er respirasjonsdepresjon og bronkokonstriksjon (Morfin, 2015).

Medikamentene som administreres for å ivareta den døende bør kunne gis subkutan, og det anbefales bruk av subkutan pumpe (Helsedirektoratet, 2015). En smertepumpe er en liten datamaskin med en medisinerbeholder, som kan tilføre morfin jevnlig ved hjelp av en subkutan kanyle og en plastslange.

Pasienter der det er vanskelig for å lindre symptomene, kan være noen av de mest krevende utfordringene en som sykepleier og lege møter på. Det kan være vanskelig å administrere legemidler til best mulig lindring uten å forkorte livet til pasienten. Når det er nødvendig med store doser for å lindre, kan pasienten dø tidligere enn forventet da medikamentene kan hemme sirkulasjon og respirasjon (Nortvedt, 2012, s. 198).

For å oppnå best mulig smertelindring må det brukes en bredspektret planlegging. Smertelindring hos kreftpasienter krever mer enn bare analgetika. Det kan ofte lønne seg å prøve grundig planlegging kombinert med analgetika i stedet for å kun prøve ut ett og ett medikament for å se hva som lindrer best. Selve forklaringen på smertens årsak er avgjørende for god smertelindring. Pasienten har et behov for å forstå smertene og se det logiske i det som skjer. En uforståelig smerte oppfattes som en trussel mot liv og eksistens og vil alltid føles verre. Selv om smertene minner pasienten på den bakenforliggende og progressive sykdommen, vil en logisk forklaring fra legen om smertenes årsak fjerne mye av usikkerheten pasienten føler (Saunders, 1986, s. 105).

Pasienten kan i tillegg til medikamentell behandling ha behov for ha nytte av ikke-medikamentell behandling som terapeutisk berøring, musikk og andre avledningsmetoder (Sæteren, 2010, s. 243). Ikke-medikamentelle behandlingsformer kan også være blant annet nerveblokkader og akupunktur (Bjørgero, 2010, s. 212).

3.2.5 Forskning

Creedon og O'Regan gjennomførte i Irland en undersøkelse som sier at dersom sykepleiere kan foreskrive visse smertestillende medikamenter, vil dette gjøre nytte både for helsevesenet og pasientene. Fordelene med at sykepleiere kan forskrive medikamenter er at de vil kunne smertelindre på et tidligere tidspunkt, men også få et bedre forhold til pasientene med tanke på kommunikasjon, bedre kontinuitet i utøvelsen av omsorg og oppfølging til pasientene og økt tillitsforhold mellom sykepleier og pasient (Creedor & O'Regan, 2010).

3.3 Retningslinjer og Lover

Retningslinjer er anbefalinger i praksis som gis til helsepersonell. Disse retningslinjer skal være basert på vitenskapelig dokumentasjon og som anses være den best mulige kunnskapen (Kunnskapsbasertpraksis, 2015).

Når det fins lovverk minsker de etiske dilemmaer for helsepersonell. Disse lovene gir et uttrykk for den minimum etikk som samfunnet stiller som krav (Molven, 2010, s. 65).

3.3.1 Nasjonale retningslinjer

Helsedirektoratet kom i 2015 ut med ett nasjonalt handlingsprogram som omfatter palliasjon i kreftomsorgen. De nasjonale retningslinjer anses som anbefalinger og råd basert på den nyeste kunnskapen, med mål om en god praksis. I de Nasjonale Retningslinjene (2015) er det anbefalinger om den faglige kompetansen. Denne kompetansen skal være basert på kunnskaper, ferdigheter og holdninger, noe som er det som skal til for å kunne yte optimal palliativ pleie (Helsedirektoratet, 2015).

3.3.2 Yrkesetiske retningslinjer

Retningslinjene utdyper hvordan sykepleieres menneskesyn og grunnleggende verdier bør vernes i praksis. De konkretiserer hva vi strekker oss etter for å sikre en god praksis. Sykepleierens plikt er å fremme helse, forebygge sykdom, lindre lidelse og sikre en verdig død. Ansvaret omfatter mennesker i alle livsfaser fra livets begynnelse til slutt. En handling kan være faglig forsvarlig og juridisk tillatt, men handlingen kan være etisk uakseptabel. Retningslinjene definerer ikke hva som er faglig forsvarlig sykepleie. De inneholder ikke en lovbestemmelse som regulerer yrkesutøvelsen. Yrkesetiske retningslinjer gir ikke den konkrete løsningen på etiske dilemmaer, men de angir retningen når det tas vanskelige beslutninger (Norsk sykepleierforbund, 2015)

3.3.3 Lover

Pasientrettighetsloven skal sikre lik tilgang på tjenester av god kvalitet ved å gi pasienter og brukere rettigheter i helsetjenesten. Formålet med loven er å bidra til et godt tillitsforhold mellom pasient og helsetjenestene, ivareta respekt for den enkelte pasients liv og integritet. Pasientrettighetsloven skal også fremme sosial trygghet (Pasientrettighetsloven, 2015).

Helsepersonelloven regulerer yrkesutøvelsen til alt helsepersonell. Den sier noe om plikter og ansvar man har når man jobber i helsetjenesten. Formålet med loven er å fremme sikkerheten for pasienter og kvaliteten på helsetjenesten. Den skal også styrke befolkningens tillit til helsetjenesten (Helsepersonelloven, 2015).

Samhandlingsreformen er en reform av helse- og sosialtjenestene i Norge. Målet med samhandlingsreformen er å få et bedre og mer helhetlig helsetilbud, der kommuner, helseforetak og utdanningsinstitusjoner har hovedansvaret for å gjennomføre samhandlingsreformen (Regjeringen.no, 2012). I samhandlingsreformen er det et mål at pasienten skal behandles så nært

hjemmet så mulig. Dette betyr at det vil i fremtiden bli behov for sykepleiere med kunnskap om å håndtere kompleks medisinsk behandling og pleie av pasienter med kreft i hjemmet eller i sykehjem (St.mld. nr.29(2012-2013))

NOU (Norges offentlige utredninger) er utredninger som publiseres av et utvalg eller en arbeidsgruppe nedsatt av regjeringen eller et departement. NOU "Livshjelp" fra 1999, er en helhetlig plan for behandling, pleie og omsorgstilbud. I dette inngår det hvordan behandlingen kan organiseres i sammenhengende kjeder for å gi den beste livshjelp til uhelbredelig syke og døende mennesker. Det står blant annet i denne planen at med optimal behandling og omsorg er det mulig å lindre plagsomme symptom i livets slutfase hos de fleste pasienter. Det står også at pasienten skal ha adekvat smertebehandling, og at smertebehandlingen skal gis selv om det ikke kan utelukkes at dette kan fremskynde døden (NOU, 1999:2).

3.4 Etikk og kommunikasjon

For en sykepleier er etikk viktig fordi det er sett på som en moralsk og etisk virksomhet. I vårt siviliserte samfunn er det å pleie syke, forebygge og behandle noen av de viktigste verdiene og handlingene (Nortvedt, 2012, s. 11).

3.4.1 Holdninger og verdier

Noe blant det viktigste i sykepleien er å ha god holdning til pasienten. Holdningenes etiske verdi viser seg gjennom vår vennlighet, den oppmerksomheten vi gir, at vi lytter og er varsomme i stell. Så, i pleien er det ikke bare det som gjøres som er viktig, men hvordan man oppfører og utfører handlingene (Nortvedt, 2012, s. 58-59).

Sykepleieren tolker andres smerter ut i fra sine egne erfaringer og sitt eget skjønn. Dersom en som sykepleier møter personer med smerter daglig i arbeidet, kan sykepleieren reagere mindre følsomt på pasientens lidelse. Sykepleiere er i hovedsak liberale i holdningen til opioidbruk til pasienter med smerter. Det har vist seg at det er dårlig samsvar mellom sykepleierens holdninger til administrasjon av opioider, og hvordan de faktisk administrere den rekvirerte behandlingen (Berntzen, Danielsen & Almås, 2010, s. 356).

3.4.2 Kommunikasjon

God kommunikasjon og samhandling med kreftpasienten og pårørende er grunnleggende for utøvelse av god sykepleie. Kommunikasjon er først og fremst et middel til å bli kjent med pasienten. Det kan brukes til å forstå og møte pasientens behov og hjelpe vedkommende til å mestre sykdommen, lidelse og ensomhet. Kommunikasjon er et godt verktøy ved informasjonsoverføring, noe som krever gode kommunikative ferdigheter hos sykepleieren (Reitan, 2010, s. 102).

4.0 Drøfting

Man kan si at drøfting er når man har en analyserende diskusjon men deg selv. Diskusjonen skal foregå med kvalifiserende argumenter, og man må vise evnen til systematisk og kritisk refleksjon (Dalland, 2012, s. 143).

Under denne delen vil vi systematisk bruke kvalifiserte argument for å kritisk reflektere rundt temaet vårt. Under drøftingsdelen vil vi ta i bruk teoridelen, forskningsartiklene og våre egne erfaringer for å finne et best mulig svar på problemstillingen: *Hva må til for at en sykepleier kan bidra til god lindring av kreftsmarter i den terminale fasen?*

4.1 Å kartlegge og vurdere smerter

I nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon innen kreftomsorgen (2015) står det at kartlegging og klassifisering av smerter hos kreftpasienter ofte er mangelfull i klinisk praksis, noe som er en av årsakene til at pasientene ikke får optimal smertebehandling. Det er i dag anbefalt å bruke ESAS ved kartlegging av smerter i palliativ behandling i Norge (Lorentsen, & Grov, 2011, s. 412).

I Myhra & Grov sin forskningsartikkel kommer det frem at sykehjem som har palliative enheter bruker kartleggingskjemaet ESAS på en mer systematisk måte enn ved sykehjemsavdelinger uten palliativ enhet. Sykehjemmene med palliativ enhet har også bedre opplæring i bruken av skjemaet og rutiner for gjennomførelse (Myhra, & Grov, 2010).

De sykehjemmene vi kjenner til, bruker i dag ikke noe form for kartleggingsverktøy hos pasienter i den terminale fase. Dette blir som oftest begrunnet med at pasienten er for svekket til å fortelle om smerten sin. Vi har fått inntrykk av at dette er et resultat av manglende kjennskap om hva ESAS egentlig er, hva det kan brukes til og hvordan det kan brukes. I artikkelen kommer det frem at

personalet ved palliative enheter hadde utviklet metoder og tilnæringsmåter ved bruken av ESAS når det gjaldt de svært dårlige pasientene. Palliative enheter har ifølge artikkelen mer ressurser, da spesielt med tanke på bemanning og organisering. Det kan tenkes at dette kan være med å påvirke implementering av ESAS i en avdeling uten palliativ enhet. Å innføre bruken av kartleggings skjemaer krever både tid og engasjement, noe som kan være en utfordring i en avdelingen der det ikke er innført noen fast rutine på dette.

Grunnen til at sykehjem uten palliativ enhet ikke bruker ESAS skjemaet systematisk, var ifølge dem selv at pasientene var for dårlige. Et ESAS skjema kan både pårørende og helsepersonell hjelpe til å fylle ut dersom pasienten er for svekket (Kaasa, 2007, s. 306). Dersom personalet på disse sykehjemmene hadde blitt bedre kjent med hva ESAS er og fått god opplæring i å bruke skjemaet, kunne dette bidratt til å se nytten i å bruke det. Da ville de kanskje funnet andre metoder og tilnæringsmåter til de dårligste pasientene. Opplæring i kartleggingsverktøy og innføring av gode rutiner ved bruken av skjemaet kunne dermed bidratt til bedre kartlegging av smerter og andre symptomer og dermed bedre smertelindring. Vi har selv brukt ESAS skjemaet i praksis, og vi har da merket at etter hvert som vi blir mer kjent med bruken av det, finner vi gode metoder å bruke det på andre måter når det gjelder de mest dårligste pasientene. En sykepleier skal ifølge de Yrkesetiske retningslinjer (2011) bidra til at ny kunnskap anvendes i praksis, samtidig har ledelsen et særskilt ansvar for å skape rom for fagutvikling. Dersom det innføres faste rutiner ved bruk av kartleggingsverktøy på en systematisk måte, vil dette kunne lindre den som lider av smerter.

Det kreves en viss kunnskap for å kunne vurdere smertene til en terminal pasient. Når en pasient er kognitivt svekket kan en benytte seg av observasjoner (Kaasa, 2007, s. 305-306). Tegn på smerter kan for eksempel være kroppsbevegelser og ansiktsuttrykk (Torvik, & Bjørø, 2014, s. 398). Våre erfaringer sier at en pasient med sterke smerter som ikke kan uttrykke seg verbalt, kan ses i pasientens ansikt. Dette kan være en utfordring for mange, og vi har flere eksempler der uflaglærte ikke har sett tegnene hos pasientene. Dette har ført til mangelfull, om ikke fraværende smertelindring. I våres øyner kreves det faktisk både erfaring og kompetanse for å ta slike observasjoner og vurderinger av smerter. Å få gode rutiner rundt kartleggingen av smertene har vi kommet frem til er nødvendig for god smertelindring, men dette krever også at kan en kan se smertene i øynene på pasienten.

Nå når vi har observert smertene til pasienten, og lindret lidelsen. Hvordan kan jeg da som sykepleier gå hjem fra jobb og være trygg på at pasienten vil få god smertelindring videre? Det er nå vi vil prøve å belyse hvor viktig det er å dokumentere og videreformidle pasientenes lidelser. Terminale pasienter ved sykehjem trenger etter vår erfaring legetilsyn flere ganger gjennom dødsprosessen.

I følge Pasientrettighetsloven (1999) skal den som yter helsehjelp registrere opplysninger i en journal for den enkelte pasient. Med dette oppfatter vi det slik at alt helsepersonell har et juridisk ansvar og plikt til å dokumentere smerter og andre symptomer hos pasienten som er av betydning for den videre behandlingen til pasienten. Dersom vi kommer på jobb som sykepleier og utover i vekten observerer en pasient med økende smerteproblematikk, vil det for oss være nødvendig å gå inn i pasientens journal for å lese om dette er noe han har vært plaget med den siste tiden. Dersom sykepleierne på vakt før oss ikke har dokumentert dette, vil det for oss bli vanskelig videreformidle viktig informasjon ved et eventuelt et legetilsyn. Det kan til og med resultere i at pasienten ikke får legetilsyn i det hele tatt.

Vi vet nå at for å kunne gjøre tilfredsstillende observasjoner må en vite hva en ser etter, og at dette krever kunnskap om de forskjellige smertetyper og hvilke strukturer de påvirker. Det vil være vanskelig å både lindre smerten, dokumentere den og rapportere den videre på en god måte om en ikke har kartlagt smerten på en systematisk måte. Dette tror vi vil hjelpe oss å kjenne igjen lidelse når vi møter den i vårt yrke som sykepleiere.

4.2 Å behandle den terminale pasienten medikamentelt

Det er sagt at smerter er noe av det kreftpasienter frykter mest (Lorentsen, & Grov, 2011, s. 407). En viktig del av sykepleiernes arbeidsoppgaver starter når legen har erklært en pasient for terminal og foreskrevet de nødvendige medikamenter. Sykepleierne skal da igangsette behandlingen og vurdere effekten av behandlingen fortløpende. Sykdommens natur gjør at symptomene øker, noe som er en årsak til smertene til pasienten (Kaasa, & Borchgrevink, 2007, s. 275). Vi har selv erfart i praksis at flere sykepleiere vegrer seg for å gi terminale pasienter sterke medikamenter, da spesielt morfin. Morfin er et av de medikamentene som etter lang klinisk erfaring anbefales som første valg. Det er vanlig å gi dette subkutant på pasienter som ikke lenger er i stand til å ta til seg medikamenter oralt (Helsedirektoratet, 2015). I sammenheng med å vegre seg på å gi morfin, er det mange som er redde for at pasienten skal slutte å puste. Vi vet at morfin kan påvirke pusten til pasienten (Nortvedt, 2010, s 198). En terminal pasient har ofte nedsatt bevissthet over lengre tid og kan ikke alltid gjøre rede for seg (Lindring i nord, 2012).

I følge Helsepersonelloven (1999) har en sykepleier plikt til å utføre sitt arbeid på en faglig forsvarlig måte. Så, Hva gjør man da når det ligger et ikke kontaktbart menneske på sitt siste med tydelige smerter? Er det faglig forsvarlig å ikke gi ekstra smertestillende i slike tilfelle i frykt for at de skal dø? Det blir ofte stilt spørsmål i praksis om at smertebehandlingen til en terminal pasient kan fremskynde døden. Store doser er nødvendig for å lindre store smerter, men dette kan føre til at pasienten dør

tidligere enn det som er forventet (Nortvedt, 2010, s. 198). Vi forstår at dette kan bygge opp en frykt for helsepersonellet som står med sprøyten i hånden, hvem vil vel være den som er årsaken til at en pasient trekker sitt siste åndedrag? Men man vil jo på den andre siden gjøre pasienten godt og fjerne smertene. I nasjonal veileder for beslutningsprosesser som omhandler livsforlengende behandling hos alvorlig syke og døende pasienter, står det at pasienten skal ha adekvat smertebehandling. Smertebehandlingen skal gis selv om det ikke kan utelukkes at dette kan fremskynde døden (NOU, 1999:2).

Studien til Creedon og O'Regan fokuserte på at sykepleiere kunne foreskrive medikamenter. Det kom frem i denne studien at pasientene fikk en bedre smertelindring på grunn av den tette kontakten mellom sykepleier og pasient. Den tette kontakten førte til at smertene ble raskere observert og forttere behandlet (Creedon & O'Regan, 2010). I følge Helsepersonelloven (1999) kan legearbeid delegeres til sykepleier, dette gjelder blant annet behandling og håndtering av morfin. Et slikt delegert ansvar er avhengig av at sykepleieren har fått opplæring og blir fulgt opp av legen som har hovedansvaret for behandlingen.

Denne praksisen kan diskuteres på både godt og vondt, mener vi. Dette legger jo et større ansvar på sykepleierne, men vi tviler heller ikke på at smertelindringen vil bli mer effektiv også. Vi ser i dag at legene ofte mottar innspill fra sykepleierne angående medisiner til pasienter. Dette vil vi tro grunner mye i at sykepleierne er de som har den nære kontakten med pasientene, og som ser den reelle smerten.

Egentlig er kanskje ikke dette så ukjent for oss her i Norge heller, at sykepleierne har en vesentlig betydning i den smertebehandlingen. Vi kjenner til sykehjem som praktiserer at når en pasient blir terminal setter både lege og sykepleier seg ned og planlegger behandlingen i dødsfasen. Dette har etter vår erfaring bidratt til å kunne forutse hva pasienten vil komme til å trenge av smertestillende. Dette kan legen foreskrive på forhånd, slik at sykepleierne sin oppgave blir å følge pasienten tett i prosessen og vurdere når man setter i gang med behandling eller eventuelt når man bør øke dose på smertestillende.

I praksis på kreftavdelingen merket vi stor forskjell på smertelindringen blant sykepleierne som administrerte legemidlene, sammenliknet med sykepleierne i en sykehjemsavdeling. Sykepleierne på kreftavdelingen var trygge i sine handlinger og virket ikke redde for å sette relativt store doser for å smertelindre pasienten. På den andre siden så vi at sykepleieren i sykehjem som ikke var like vant til dette, ofte nølte og var usikre. Vi har sett at det ikke er sjeldent det må både to og tre sykepleier til for å vurdere om en pasient skal få en dose med morfin. Det står i de yrkesetiske retningslinjer at sykepleiere må søke veiledning i vanskelige situasjoner (Norsk sykepleierforbund, 2011). En

sykepleier som er usikker på om det er faglig forsvarlig å gi en ekstra dose morfin til en terminal pasient med smerte, kan da rådføre seg med en annen sykepleier eller eventuelt en lege. Det står også i de yrkesetiske retningslinjene at sykepleier har et personlig ansvar for at egen praksis er faglig, etisk og juridisk forsvarlig (Norsk sykepleierforbund, 2011).

På en kreftavdeling på et sykehus har en legen lettere tilgjengelig enn i et sykehjem. Kanskje det gjør en tryggere?

Sykehjem har som oftest tilsynsleger knyttet opp mot avdelingene. Disse legene har som regel visitt på avdelingene 1-2 ganger i uken. Når det er terminale pasienter som ligger på sine siste dager, er vi vant til at legene gjør seg mer tilgjengelig enn det de vanligvis er. Sykepleierne vet da at de kan ringe vedkommende lege dersom det oppstår usikkerhet eller spørsmål rundt behandling av disse pasienter. Dette opplever vi som en god trygghet for sykepleiere. Vi har opplevd at god relasjon blant lege og sykepleier gir en bedre kontinuitet i behandlingen til pasienten. Og sykepleieren føler seg tryggere ovenfor pasient og pårørende når en har legen lett tilgjengelig.

4.3 Å lindre den som lider med en helhetlig omsorg

Vi skriver i denne oppgaven om en pasientgruppe som er sårbar og som krever mye kompetanse og ressurser. Sykehjemmene står dermed ovenfor store utfordringer i tiden fremover med videreutvikling innenfor palliasjon (Haugen, Jordhøy, & Hjermsstad, 2007, s. 204).

Vi har begge erfaring i fra å jobbe i sykehjem, og det vi har observert den siste tiden er at det kommer flere pasienter med mer komplekse diagnoser og lidelser nå etter samhandlingsreformen (2012). Det har vært en økning av kreftpasienter som ønsker å dø nærmere familie sin, og derfor blitt overført fra sykehus til sykehjem. Målet i Samhandlingsreformen (2012) er at pasienten skal behandles så nært hjemmet som mulig. Det finnes også andre grunner til at flere kreftpasienter blir innlagt i sykehjem, som blant annet sykdomstilstanden, svakt sosialt nettverk eller at det er belastning for pårørende at pasienten for eksempel skal dø i hjemmet (Sæteren, 2010, s. 253). Men det er også slik at uten et tilstrekkelig sykehjems tilbud i kommunen, der det inngår økte personalkostnader, kostbare medikamenter og utstyr, vil sykehusene bli en erstatning for sykehjemmene, noe som heller ikke er kostnadseffektivt (Haugen, Jordhøy & Hjermsstad, 2007, s. 205-206).

Parallelt med en økningen av kreftpasienter til sykehjem, synes vi at det også kommer frem en usikkerhet blant sykepleierne i sykehjemmet. Usikkerheten er rettet mot utfordringer knyttet ukjente prosedyrer og tilbereding av medikamenter, som for eksempel laget til en smertepumpe. Dette gjelder også for sykepleiere som har jobbet i sykehjem i en årrekke. Denne usikkerheten blant

sykepleierne har å våre øyne gitt dårligere helhetlig omsorg, enn om sykepleierne var tryggere i arbeidet sitt med terminal kreftpasienter med smerter.

I følge nasjonale retningslinjer (2015) er det å ha palliative senger i sykehjemmet en motivasjon for å få økt fokus på dette fagfeltet og til å få en kompetanseøkning for personalet. Vi tenker at det er positivt med utfordringer, for å kunne videreutvikle sin egen kompetanse. Men vi kan også forstå at det er skummelt med nye utfordringer, spesielt når det gjelder kreft og smerter. Vi vil vel ingen at pasienten skal lide?

I følge Yrkesetiske retningslinjer (2011) har sykepleier et ansvar å holde seg oppdatert om forskning, utvikling og dokumentert praksis innen eget fagområde, og samtidig bidra til at ny kunnskap anvendes i praksis. I loven om kommunale helse og omsorgstjenester (2011) er det nedskrevet at kommunen skal sikre tilstrekkelig fagkompetanse i tjenestene de tilbyr. Vi ser på det slik at det ikke kun er personalets ansvar å holde seg oppdatert på dette fagfeltet, men at det er også høyere makter som er ansvarlige for å tilrettelegge for muligheten til å kunne holde seg tilstrekkelig oppdatert.

Sykepleiere er ikke alene i arbeidet med denne pasientgruppen. Det er blant annet nødvendig med samarbeid mellom helsepersonell innen samme avdeling, samt det blir viktig med et tett samarbeid med avdelinger i sykehus (Kaasa, 2007, s. 37). Dette vil kunne gi økt trygghet for personalet, og bedre palliativ behandling utenfor sykehus (Haugen, Jordhøy, & Hjermsstad, 2007, s. 205). Vi har selv opplevd at vi blir tryggere i vårt eget arbeid, når vi har gode kollegare rundt oss og et god tverrfaglig samarbeid.

Vi har erfart flere ganger i sykehjem at smertelindring til terminale pasienter har blitt utsatt noen timer på grunn av tidsmangel. Det vil si at sykepleierne har sett behovet for smertestillende, men på grunn av en travel avdeling ikke fått tid eller har prioritert å kontakte lege for å få ordinert en høyere dose av et medikament. En sykepleier har som ansvar å kontrollere en pasients smerter regelmessig (Lorentsen, & Grov, 2010, s. 412). Og sykepleieren har ifølge Yrkesetiske retningslinjer (2011) et ansvar å lindre lidelse. Siden kreftpasienter ofte har både akutte og kroniske smerter, kan det ofte forventes at det kommer akutte smerteepisoder som oppstår raskt. Slike gjennombruddssmerter er vanlig ved kreftutløste smerter (Bjørngo, 2010, s. 197). Vi tenker i slike tilfeller er det nødvendig med hyppige tilsyn og vurderinger av smertene til pasienten, for å ha kontroll på smertene og behandle de i tide. Det er i slike tilfeller vanskelig å se at pasientene blir behandlet med verdighet, når en pasient må ligge på det siste med unødvendige smerter på grunn tidsmangel. Eller er det da mangel på kunnskap om sykdommen som gjør at vi overser smertene? Eller overser en smertene fordi en mangler kunnskap til å behandle dem? Det er ikke sikkert det har med mangel på kunnskap å gjøre,

men rett og slett for dårlig tid. Kanskje sykepleieren gjorde de nødvendige vurderinger og prioriteringer i en travel hverdag i sykehjemmet.

Siden smerteopplevelsen er forskjellig fra menneske til menneske, er det vanskelig å sammenligne smerter mellom forskjellige pasienter (Bjørgero, 2010, s. 194). Noen ganger kan en pasient ha store smerter uten at vi ser det med en gang. Og det er heller ikke slik at alle pasienter forteller om smertene sine, og heller ikke alle kan fortelle om smertene. En terminal pasient er både svak og sengeliggende, og er i lengre perioder knapt kontaktbar (Lindring i Nord, 2012). Det er vanskelig å se for seg at denne pasienten hadde store smerter siden sykepleieren prioriterte andre viktige oppgaver denne dagen, og kanskje gjorde ho en god vurdering? Det er ikke alltid lett å måtte prioritere pliktene i en travel hverdag. I følge yrkesetiske retningslinjer skal sykepleier bidra til prioriteringer som tilgodeser pasienter med størst behov for sykepleie. Men er det den dårlige tiden som er den skyldige? Eller er det usikkerheten hos sykepleieren?

Det står i de Yrkesetiske retningslinjer (2011) at sykepleiere skal ivareta den enkeltes pasientens behov for helhetlig omsorg. Sykepleieren har ansvar for å lindre lidelse og sikre en naturlig og verdig død. Slik som Virginia Henderson definerer sykepleie, har vi et ansvar at når døden nærmer seg, så skal den være fredfull (Kristoffersen, 2011, s. 225). Vi tolker hennes teori som at en fredfull død innebærer en siste tid uten smerter og minimalt med symptomer. Våre holdninger preges av vår fortid og tidligere livserfaringer (Renolen, 2008, s. 208). Med tanke på at alle har forskjellig fortid og forskjellige livserfaringer, er det naturlig å tenke at alle også har ulike holdninger og verdier i livet. Det samme gjelder når det handler om døden. At vi har alle forskjellige forhold til døden og det er ulikt hva en opplever som en verdig og fredfull død.

Vi har selv opplevd i praksis at noen pleiere setter på musikk inne på rommet til den terminale pasienten, mens andre pleiere vil ha det stille og rolig inne på rommet, og holde i en hånd. Vi ser på dette som forskjellige holdninger og verdier i forhold til døden, noe som kan ses gjennom hvordan vi utøver vår sykepleie til pasientene. På den måten kan vi si at vi har forskjellig oppfatning om hva som er en verdig og fredfull død. Eller kan det være slik at pleierne har for dårlig tid til å sette seg ned og holde i en hånd?

På en sykehjemsavdeling med stort press og høyt tempo, vil det kanskje «skinne gjennom» på personalet at de har dårlig tid enten de vil eller ikke. Det ikke er bare det som gjøres i pleien som er viktig, men hvordan vi oppfører oss når vi utfører handlingene våre (Nortvedt, 2008, s. 59). En terminal pasient blir omtalt som sårbar og har et behov for varsomhet. Varme hender når en berører pasienten og hvilke ord som blir brukt i samtalen er to eksempler på slik varhet som er viktig for den terminale pasienten (Grov, 2014, s. 524).

Travelbee mener at empati og kommunikasjonen står helt sentral mellom sykepleier og pasient når det gjelder å kunne se og dekke pasientenes behov (Kristoffersen, 2011, s. 213) Kommunikasjon er mer enn bare ord, alt vi gjør og hvordan vi oppfører oss sier noe til menneskene vi møter. Vi kommuniserer både med ord og kroppsspråk, og er grunnleggende for utøvelsen av sykepleie (Reitan, 2010 s. 102). Vi må tilpasse oss for hver enkelt pasient vi møter. Vi må tilpasse våre ord, kroppsspråk og uttrykk, noe som kan være en utfordring i en travel sykehjemsavdeling. En skal gå fra det ene rommet til det andre og klare å møte de forskjellige skjebnene. Gjør det oss til dårlige sykepleier, om vi ikke alltid klarer å tilpasse oss de vanskelige situasjonene vi møter?

McPherson, Wilson & Murray (2007) skriver at pasienter i sin undersøkelse følte seg som en byrde for dem rundt seg ved livets slutt. Vi tenker at dersom en pasient føler seg som en byrde kan dette få negative konsekvenser for flere faktorer i selve smertelindringen og dødsprosessen. Om en går rundt og tenker at man er en belastning for de rundt en, er det sannsynlig at kommunikasjonen blant pasient og helsepersonell kan bli svekket. Pasienten kan vegre seg for å fortelle hvordan han virkelig har det når han for eksempel ser hvor travelt det kan være i en sykehjemsavdelingen.

Vi husker godt en kvinnelig pasient fra en av våre praksiser. Denne damen hadde en alvorlig kreftsykdom, og hun var plaget med mye smerter relatert til sykdommen. Hun hadde ikke kommet inn den terminal fasen, men hensikten med behandling var palliativt. Vi hadde mye ansvar for denne damen og ble godt kjent med henne. Hun hadde store smerter, det kunne vi se på henne. Vi synes det var vanskelig når vi spurte henne om smerter, da hun raskt avkreftet at hun hadde smerter. Når vi observerte henne, hadde hun vanskelig for både å sitte og ligge uten å gi uttrykk for smerter. Det som var spesielt var at hun sa flere ganger at vi sikkert hadde viktigere ting å gjøre, og at det gikk bra med henne. «Stakkars deg, dere har sikkert nok å gjøre på» var en setning hun sa til oss. Vi vet ikke hvorfor hun følte at det slik. Vi som studenter hadde god tid denne dagen, men vi følte det som at hun følte seg som en byrde ovenfor oss, eller at hun var til bry for oss. Følte hun seg som en byrde fordi vi var der så mye? Vi hadde vel kanskje følt det på samme måte om vi var pasient, og det var helsepersonell rundt oss dagen lang og vartet oss opp. Kanskje det ikke alltid er en travel avdeling som er grunnen? Kanskje det også har med vår usikkerhet, holdninger og verdier og kommunikasjonsevne å gjøre? I følge McPherson, Wilson & Murray (2007), er det mange som føler det slik ovenfor omsorgspersoner rundt dem, så denne damen i praksis ville kanskje følt det slik uansett.

Travelbees teori kan tolkes som at det kreves mot for en sykepleier å omfavne og sette seg inn i andre personers sin lidelse (Kristoffersen, 2011, s. 216). Tør vi å møte og å se en person lide? Eller kobler en del mennesker ut for å beskytte seg selv mot underliggende følelser? Et menneskes holdninger bygger på tidligere erfaringer og andre ting som har preget oss i livet (Renolen, 2008, s.

208). Den sykepleieren som står sammen med en pasient og dens lidelser er fremdeles et menneske med sin egen bakgrunn. For at en sykepleier skal kunne møte pasienters lidelser, er det en forutsetning at en har tilstrekkelig kunnskap og holdninger (Reitan, 2010, s. 117).

Nasjonale retningslinjer (2015) vedrørende palliativ omsorg mener at god og oppdatert kunnskap samt gode holdninger er det som skal til for å yte en god palliativ pleie. Så hva er en god holdning? Vi vil selv mene at det er en genuin omsorg og en ekte følelse for pasienten. Dersom vi som sykepleier bruker ressursene har vi de midlene rundt oss for å kunne lindre smerte rent medikamentelt. Men det er vi som står bak pleien og sprøyten, og den som tar avgjørelsen om hva som er en smerte pasienten ikke burde ha.

En god kommunikasjon er et nøkkelord for det som anses å være god og grunnleggende sykepleie. Kommunikasjonen er det vi bruker for å forstå pasientenes behov og lidelse (Reitan, 2010, s. 117). Men når en pasient ikke lenger klarer å kommunisere med ord er det viktig at vi klarer å tolke den nonverbale kommunikasjonen.

Det er slik at smerte ikke bare kan komme av fysiske plager, men en smerte kan være så mye mer. Smerte ses som ett subjektivt begrep som påvirkes av psykiske, sosiale og åndelige forhold (Helsedirektoratet, 2015). Gjennom å kommunisere så godt vi kan med en pasient mest kan vi kanskje lindre en del smerter med andre tiltak enn bare medikamenter. For noen kan det smertelindrende bare det å få besøk av en prest, skrive brev til sine barn eller en hånd å holde i. En bevisst sykepleier kommuniserer med hele sin kropp og sinn. Et lindrende vesen som utstråler trygghet kan være lindrende i seg selv.

Våre egne tanker om tittelen vår ”å lindre den som lider” bygger på at vi aldri må se våre begrensninger for det som kan gjøres for et menneske. Vi er alle forskjellige individer og en terminal pasient er aldri den samme. Vi må ikke glemme at vi aldri blir fullt utlært i arbeidet vårt og vi må tørre å lære mer av hverandre, og tørre å improvisere og gjøre det beste vi kan for å hjelpe den som trenger det mest.

5.0 Konklusjon

Så, hva må til for å lindre den som lider? En sykepleier kan bidra til god lindring av kreftsmarter i en terminal fase ved å ha god kunnskap om kreftsmarter og smertekartlegging. Dette kan gi økt trygghet i utøvelsen av sykepleie som igjen kan bidra til å ta selvstendige og gode avgjørelser når det oppstår etiske utfordringer. Det er viktig å huske at vi aldri blir fullt utlærte og at det sjeldent finnes en fasit for hva som virker for alle. Ingen er den andre lik. Alle mennesker er individer som er unike. Vi som yter

pleien må tørre å se lidelsen hos hver terminale pasient vi møter. Vi må våge å improvisere og ta frem det beste i oss hver gang. Å ha evner til å etisk reflektere rundt utfordrende avgjørelser og vurderinger kan bidra til god smertelindring i terminalfasen. Den medikamentelle behandlingen er en del av dette. Like viktig er vurderingen som gjøres. Oppfattelsen vår av pasientens smerter er sentral i å gi god smertelindring. I vanskelige tilfeller må vi ikke nøle med å lindre en terminal pasients lidelse. Lindring må gis. God smertelindring er avhengig av samarbeid mellom kollegaer, leger og andre yrkesgrupper som er involverte.

For å lindre den som lider, må vi selv stå i lidelsen. Om det er å være den personen som gir den siste dosen med morfin så er det slik det må være. Dette kan vi som helsepersonell klare dersom vi har kunnskap om de etiske vurderingene og hvordan døden faktisk trer inn. Med kunnskap står vi sterkere i vår utøvelse. Noe vi trenger for å ta vanskelige valg. Og ikke minst trenger pasientene, som lider, at vi tar akkurat de valgene.

Litteraturliste

- Berntzen, H., Danielsen, A., & Almås, H. (2011). Sykepleie ved smerter. I H. Almås, D-G. Stubberud, & R. Grønseth (Red.), *Klinisk sykepleie 1* (4. utg., s. 355-395). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Bjørgo, S. (2010). Smerte og smertebehandling. I A.M. Reitan, T.K. Schjøllberg (Red.), *Kreftsykepleie* (3. utg., s. 194-213). Oslo: Akribe AS.
- Creedor, R., & O'Regan, P. (2010). Palliative care, pain control and nurse prescribing. *Nurse Prescribing, Jun; 8(6)*, 257-64
- Dalland, O. (2014). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Eriksen, J., Henriksen, H., Svarre, H.M., & Wraae, N (1989). Smertebehandling ved cancersygdomme. I H.B. Andersen, J. Eriksen, & S.H. Johansen (Red.), *Smerter og smertebehandling* (1. utg., s. 205-233). København: Munksgaard.
- Haugen, D.F., Jordhøy, M.S., & Hjemstad, M.J (2007). Organisering av palliative tilbud. I S. Kaasa (Red.), *Palliasjon* (2. utg., s. 197-211). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Helsedirektoratet (2015). *Definisjon av palliasjon*. Hentet fra <http://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/palliasjon/1.innledning-revidert-2009/definisjon-av-palliasjon>
- Helsedirektoratet (2015). *Grunnleggende palliasjon*. Hentet fra <http://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/palliasjon/1.innledning-revidert-2009/grunnleggende-palliasjon>
- Helsedirektoratet (2015). *Smerte*. Hentet 27.mai 2015 fra <http://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/palliasjon/4.symptomer-og-tilstander/smerte/definisjon>
- Helsedirektoratet (2015). *Smerte behandling*. Hentet fra <http://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/palliasjon/4.symptomer-og-tilstander/smerte/behandling>
- Helsedirektoratet (2015). *Smerte utredning*. Hentet fra <http://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/palliasjon/4.symptomer-og-tilstander/smerte/utredning>

Helsedirektoratet (2015). *Sykehjem uten palliativ enhet*. Hentet fra

<http://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/palliasjon/organisering/sykehjem-uten-palliativ-enhet>

Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell m.v. av 2. juli 1999 nr. 64. Hentet 27. mai 2015 fra

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonelloven>

Kaasa, S., & Borchgrevink, P.C. (2007). Hva er smerte? Et klinisk perspektiv. I S. Kaasa (Red.), *Palliasjon* (2. utg., s. 271-283). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kaasa, S., & Loge, J.H. (2007). Diagnostikk innen palliasjon-en generell innføring. I S. Kaasa (Red.), *Palliasjon* (2. utg., s. 75-88). Oslo: Gyldendal akademisk.

Kaasa, S. (2007). Palliativ medisin-en introduksjon. I S. Kaasa (Red.), *Palliasjon* (2. utg., s. 31-46). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kaasa, S. (2007). Smertebehandling. I S. Kaasa (Red.), *Palliasjon* (2. utg., s. 261-269). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kaasa, S. (2010). Smertediagnostikk. I S. Kaasa (Red.), *Palliasjon* (2. utg., s.286-310). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kirkevold, M., Brodtkorb, K., & Ranhoff, A. H. (2014). Pleie og omsorg ved livets slutt. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, A.H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie* (2. utg., s. 522-537). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kristoffersen, N.J. (2011). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I N.J. Kristoffersen, F. Nortvedt, & E.A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie 1* (2. utg., s. 207-270). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kreftforeningen (2015). *Hva er kreft?*. Hentet fra

<https://kreftforeningen.no/om-kreft/hva-er-kreft/>

Kreftregisteret (2015). *Fakta om kreft*. Hentet fra

<http://www.kreftregisteret.no/no/Generelt/Fakta-om-kreft-test/>

Kunnskapsbasert praksis. (2012). *Faglige retningslinjer*. Hentet 27. mai 2015 fra

<http://kunnskapsbasertpraksis.no/kritisk-vurdering/faglige-retningslinjer/>

Lindring i nord (2012, Januar). *Håndbok i lindrende behandling*. Hentet 5.mai 2015 fra

http://www.unn.no/getfile.php/UNN%20INTER/Enhet/K3K_web/Lindrende/handbok_lin_flyttet_fra_intra.pdf

Lorentsen, V. B., & Grov, E. K. (2011). Generell sykepleie ved kreftsmarter. I H. Almås, D.-G.

Stubberud, & R. Grønseth (Red.), *Klinisk sykepleie 2* (4. utg., s. 401-431). Oslo: Gyldendal Akademisk.

McPherson, C. J., Wilson, K. G & Murray, M. A. (2007) Feeling like a burden to others: a systematic review focusing on the end of life. *Palliative Medicine*, 21: 115-128.

Mathisen, J. (2011). Sykepleie ved livets avslutning. I N.J., Kristoffersen, F. Nortvedt, & E.A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie 3* (2. utg., s. 296-330). Oslo: Gyldendal akademisk.

Molven, O (2010). *Sykepleie og jus*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Morfin. (2015). I *Felleskatalogen* (57. utg.). Oslo: Felleskatalogen.

Myhra, C. B & Grov, E. K(2010) Sykepleieres bruk av Edomnton Symptom Assessment Scale. *Forskning*, 3(5), 210-218.

Norsk sykepleierforbund (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet 27. mai 2015 fra https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf

Nortvedt, P (2012). *Omtanke*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

NOU 1999:2. (1999). Livshjelp. Oslo: Statens forvaltningstjeneste.

<https://www.regjeringen.no/contentassets/30dbabb28fce4cbaa027317b4acb4918/no/pdfa/nou199919990002000dddpdfa.pdf>

Pasientrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter av 2. juli 1999 nr. 63. Hentet 27. mai 2015 fra

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasientrettighetslovenvdata>

Reitan, A.M. (2010). Kommunikasjon. I A.M. Reitan, & T.K. Schjøllberg (Red.), *Kreftsykepleie* (3. utg., s. 102-119). Oslo: Akribe AS.

Reitan, A.M. (2010). Kreftsykepleie. I A.M. Reitan, & T.K. Schjøllberg (Red.), *Kreftsykepleie* (3. utg., s. 21-33). Oslo: Akribe AS.

- Renolen, Å. (2008). *Forståelse av mennesker*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Rosland, J.H., & Tjølsen, A (2007). Patofysiologiske mekanismer ved kreftrelaterte smerte. I S. Kaasa (Red.), *Palliasjon* (2. utg., s. 311-325). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Saunders, C. (1986). *Terminal Pleje- omsorg ved terminal malign sykdom*. Århus: Jydsk Centraltrykkeri A/S.
- St.mld.nr.29 (2012-2013). *Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Oslo: Helse- og Omsorgsdepartementet.
- Sæteren, B. (2010). Omsorg for døende pasienter. I A-M, Reitan & T Kr, Schjøberg (Red.), *Kreftsykepleie* (3. utg., s.235-255). Oslo: Akribe AS.
- Torvik, K., & Bjørø, K. (2014). Smerte. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, A.H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie* (2. utg., s. 390-405). Oslo: Gyldendal Akademisk.

