

SPL 3902

07HBSPLH

Bacheloroppgave i sykepleie

Kandidatnummer: 746

**“Hvordan kan vi som sykepleiere bidra til smertelindring hos en eldre, terminal kreftpasient, og samtidig ivareta pasientens verdighet?”**



Høgskolen i Gjøvik

HOS, Seksjon sykepleie. April-mai 2010

Antall ord: 9259



## SAMMENDRAG

OPPGAVE: Bachelor i sykepleie

Kull 07HBSPLH

Gruppe nr. 746

Dato: 03.05.10

Forfattere: (fylles evt. ut *etter* sensurering!)

---

Norsk tittel (Undertittel /Problemstilling):

“ Hvordan kan vi som sykepleiere bidra til smertelindring hos en eldre terminal kreftpasient, og samtidig ivareta pasientens verdighet?”

Engelsk tittel ( Undertittel / Problemstilling):

“How can we as nurses contribute to pain relief with an older, terminal cancer patient, and on the same time keep the patients dignity?”

---

Sammendrag

Oppgaven omhandler en eldre, terminal kreftpasient og ulike metoder vi som sykepleiere kan smertelindre han på, samtidig som vi ivaretar hans verdighet. Vi omtaler her forskjellige smertelindringsmetoder, både medikamentell og ikke-medikamentell. Et hovedpunkt vi har kommet frem til er at det er en kombinasjon av disse som er det optimale for å smertelindre på best mulig måte. Gjennom denne smertelindringen er det sentralt at vi som sykepleiere opptrer profesjonelt og handler med omsorg, respekt og medmenneskelighet. Vi skal være bevisst vår kunnskap og dele den med pasienten, slik at pasienten selv skal kunne foreta valg av sin behandling med bakgrunn av dette. Det er altså viktig med en god relasjon mellom sykepleier og pasient. Vi uthever viktigheten av tilstedeværelse for både å skape trygghet og til en viss grad smertelindring hos pasienten. Dette vil igjen føre til at verdigheten bevares. Vi har valgt Kari Martinsens omsorgsfilosofi til å belyse denne oppgaven, da hennes filosofi er sentral i vårt tema og vår problemstilling. Oppgaven er en litteraturstudie.

Nøkkelord

Sykepleier

Eldre

Terminal

Kreft

Smerte og smertelindring

Verdighet

## INNHold

<b>1.0 INNLEDNING</b> .....	s.5
1.1 Bakgrunn for valg av tema og formål med oppgaven.....	s.5
1.2 Avgrensning av tema og presentasjon av problemstilling.....	s.6
1.3 Oppgavens oppbygning.....	s.7
<b>2.0 METODE</b> .....	s.7
2.1 Valg av kilder og kildekritikk.....	s.8
<b>3.0 TEORI</b> .....	s.10
3.1 Smertelindring.....	s.10
3.1.1 Smerter og smertelindring hos eldre.....	s.10
3.1.2 Medikamentell smertelindring.....	s.12
3.1.3 Ikke-medikamentell smertelindring.....	s.14
3.2 Kreft.....	s.15
3.2.1 Kreft hos eldre.....	s.15
3.3 Terminalfase – når døden er nær.....	s.16
3.4 Verdighet og Etikk.....	s.16
3.5 Sykepleieteoretiker – Kari Martinsen.....	s.18
<b>4.0 DRØFTING</b> .....	s.20
<b>5.0 KONKLUSJON</b> .....	s.29
<b>6.0 ETTERORD</b> .....	s.29
<b>LITTERATURLISTE</b> .....	s.31

## 1.0 INNLEDNING

”De fleste mennesker forbinder sykdommen kreft med sterke smerter som er vanskelige å behandle. Denne oppfatningen stemmer heldigvis ikke helt med virkeligheten. Det har foregått intet mindre enn en revolusjon når det gjelder smertebehandling til pasienter med kreft.” (Almås 2008, s. 96). Sjansen for å få kreft øker med alderen, og det er derfor svært mange eldre som rammes av sykdommen. Når den eldre mottar budskapet om at sykdommen han er rammet av har en dødelig utgang, er det viktig at vi som sykepleiere har erfaringer og kunnskaper på området, for å kunne gi en verdig smertelindring den siste tiden, fysisk men også psykisk.

*”Det betyr ikke så meget  
hvordan man er født,  
men det har uendelig meget å si  
hvordan man dør.”  
(Søren Kierkegaard)*

### 1.1 Bakgrunn for valg av tema og formål med oppgaven

Temaet for oppgaven falt relativt naturlig da vi begge har erfaringer om terminalpleie fra praksis og jobbsammenheng. Vi ønsket derfor å fordype oss videre i dette viktige temaet og se nærmere på smertelindringen av terminale kreftpasienter. Siden vi har mest erfaring fra sykehjem, har vi satt fokus på eldre pasienter. Terminale kreftpasienter er noe vi sannsynligvis kommer til å møte ofte i vårt yrkesaktive liv, og vi mener derfor det er viktig å få en bredere innsikt og kunnskap om smertelindring i den terminale fasen. Vi ønsker med dette å fordype oss i litteraturen og samtidig knytte dette opp mot nyere forskning, slik at vi som sykepleiere ved senere anledninger kan bruke denne kunnskapen til å smertelindre eldre terminale kreftpasienter på en tilfredsstillende måte. På denne måten kan vi også være ressurser for kommende arbeidsplasser, ved å ha tilegnet oss denne kunnskapen.

## 1.2 Avgrensning av tema og presentasjon av problemstilling

Da vi startet forarbeidet med denne oppgaven, hadde vi palliasjon som hovedfokus. Vi så raskt at dette ble et vel stort område innenfor sykepleiefaget og ut fra oppgavens krav om antall ord og tidsbegrensning, så vi oss derfor nødt til å spesifisere noe. Vi valgte derfor å begrense temaet til smertelindring. Vi vet at smerteopplevelse inndeles i fysiske, psykiske, åndelige og sosiale smerter, men vi har i denne oppgaven satt hovedfokus på de fysiske og psykiske smertene. Dette var et bevisst valg da vi skal skrive denne oppgaven ut i fra et sykepleiefaglig perspektiv. I tillegg er vi oppmerksomme på at kartlegging av smerte er en viktig del av smertelindring. Men ut fra tid til disposisjon og oppgavens omfang, har vi ikke satt fokus på det i denne oppgaven, men bare nevnt viktigheten av det. For å avgrense temaet ytterligere bestemte vi oss for å sette fokus på kreftpasienter. Grunnen til at vi valgte nettopp denne pasientgruppen, er at vi fra tidligere vet at kreft kan medføre sterke smerter. Vi vet at enkelte typer kreft kan medføre mer smerter enn andre, men vi har likevel gjort et bevisst valg om å skrive om kreft generelt siden smerte er individuelt. Samtidig vet vi at kreft per i dag er en sykdom som dessverre tar mange menneskeliv, og særlig blant eldre. Eldre betegner vi i denne oppgaven som personer fra 60-80 år siden det er denne aldersgruppen som hyppigst rammes av kreft, men også de som er eldre. Vi setter derfor fokus på den terminale fasen av sykdommen hos eldre mennesker. Og fokuserer på den helhetlige smertelindringen hos den eldre terminale kreftpasient, den fysiske og psykiske smerte. Etter disse avgrensningene så vi likevel at problemstillingen var noe mangelfull, vi valgte derfor å sette fokus på selve pasienten og hans verdighet og ivaretagelse av pasientens verdighet i denne prosessen. Vi ser på det som en mindre viktig del, men velger å nevne at smertelindringen til den eldre, terminale kreftpasient i denne oppgaven foregår på sykehjem.

Ut fra det vi vil finne svar på, få en bredere kunnskap om og forståelse av med denne oppgaven, har vi utarbeidet følgende problemstilling;

***”Hvordan kan vi som sykepleiere bidra til smertelindring hos en eldre terminal kreftpasient og samtidig ivareta pasientens verdighet?”***

### 1.3 Oppgavens oppbygging

I innledningen presenterer vi grunnlaget for valget av temaet i denne oppgaven samt en presentasjon og avgrensning av problemstillingen vi har utarbeidet. Deretter følger metode, med metodevalget samt kildekritikk for valg av litteratur. Vi har valgt å sette opp teorien etter hovedbegrepene i problemstillingen. Under punktet om verdighet kommer vi inn på nye begreper, dette fordi det er sentrale begreper som er relevante i forhold til å kunne ivareta verdigheten og for å gi en helhetlig smertelindring. Det vi bruker av litteratur i teoridelen vil vi senere diskutere, analysere og drøfte i drøftingsdelen. Drøftingsdelen forsøker vi å fremlegge på en slik måte at drøftingen av teorien kommer systematisk etter slik teoridelen er bygd opp. Gjennom drøftingen skal vi komme fram til et svar på vår problemstilling, som vi ønsker å presentere i konklusjonen. Senere fremlegger vi etterordet som blir en kort oppsummering, der vi gjør en vurdering av prosessen med arbeidet av denne oppgaven og viser til både positive og negative aspekter. Til sist en litteraturliste av våre benyttede kilder i denne oppgaven.

### 2.0 METODE

Metoden forteller oss noe om hvordan vi bør gå til verks for å fremskaffe eller etterprøve kunnskap (Dalland 2007, s.81).

Vilhelm Aubert definerer metode som: En fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap (Dalland 2007, s. 81).

Vi skriver denne oppgaven som en litteraturstudie, i tråd med skolens retningslinjer. Vi hadde på forhånd undersøkt og funnet en del litteratur som virket interessant og relevant for oppgavens tema, og som vi ville fordype oss videre i. Dette gjaldt i hovedsak pensumlitteratur og kursmateriale av Husebø og Husebø. Etter dette startet vi med raske søk i databaser for å finne oppdatert og forskningsbasert litteratur som var relevant for vårt tema. I pensumlitteraturen fant vi gjengangere av henvisninger til aktuell litteratur og forfattere, for eksempel McCaffery og Beebe som en primærkilde. Dette var forfattere og litteratur vi også fant henvisninger til i annen selvvalgt litteratur. På denne måte ble vi oppmerksomme på at dette var relevant og anbefalt litteratur for vårt tema.

Vi valgte derfor raskt å skaffe oss denne litteraturen, for å kunne benytte oss av primærlitteratur. På denne måten ble det enklere å velge ut mer selvvalgt litteratur som vi ønsket å benytte oss av. Samtidig kom andre litteraturhenvisninger naturlig, og det var enklere å skille litteratur som er relevant for oppgaven vår og ikke. Vi har da valgt ut den litteraturen vi vil bruke, og skal med dette finne et svar på vår problemstilling og dermed komme frem til ny kunnskap. Vi har tatt i bruk litteratur som er relevant i forhold til sykepleierens kunnskapsgrunnlag, sykepleievitenskap, naturvitenskap og samfunnsvitenskap.

Vi har brukt følgende databaser i våre søk: Ovid, British nursing index, Medline og PubMed. Søkene har foregått i en tidslinje fra 6.april-6.mai 2010. Disse databasene har vi hatt tilgang til via HiG og helsebiblioteket. Vi brukte utvalgte søkeord for å finne relevant litteratur på internett, fagdatabaser og i bøker. Disse søkeordene har vi også kombinert med hverandre :

Terminal, smertelindring, alternativ smertelindring, kreft, eldre, verdighet, autonomi.

Terminal/dying, pain relief, alternative pain relief, cancer, elderly (old people), dignity, autonomi and nursing practise.

Når vi søkte på ett og ett ord fikk vi flere hundre treff på artikler. Vi presiserte derfor videre ved å kombinere de ulike ordene to og to, men også flere av dem samtidig, for å finne artikler spesifikt for vår problemstilling. Resultatene da var nedslående. Hvis vi for eksempel søkte på ordene smertelindring og kreft sammen, gjaldt dette oftest spesielle typer kreft eller smertelindring hospitalt. Vi leste likevel gjennom noen av artiklene, men fant ingen relevans i forhold til vårt tema. I tillegg var det vanskelig å finne artikler som beskrev verdighetsbegrepet, dette gjaldt også i bøker da det i hovedsak bare er omtalt og ikke beskrevet. Vi følte derfor ikke det ble relevant nok i forhold til vår problemstilling. De to artiklene vi har brukt fant vi via PubMed der vi kombinerte søkeordene alternativ smertelindring og kreft, og søkeordene eldre og kreft i ett og samme søk.

## **2.1 Valg av kilder og kildekritikk**

Kildekritikk betyr å vurdere å karakterisere den litteraturen som er benyttet (Dalland 2007, s.64) Man må være kritisk til sine funn og vurdere om det har noen relevans for

oppgaven. Vi har brukt en del pensumlitteratur, fordi dette er litteratur vi er kjent med, og vi visste at vi kunne finne relevant litteratur her. Når man gjennomfører en litteraturstudie må man hele tiden være bevisst litteraturen man benytter. Dette på grunn av at den litteraturen man finner og vil benytte seg av kan være gammel og ikke oppdatert på nyere forskning og kunnskap. Litteraturen kan også være oversatt eller gjengitt og slik fått en annen betydning enn det primærkilden opprinnelig hadde. Vi har derfor vært bevisste på å søke etter primærlitteratur som vi ser på som pålitelig siden litteraturhenvisninger til disse er blitt gjengitt i flere forskjellige sekundærkilder, i blant annet pensumlitteratur. Enhver bruk av litteratur kan være preget av ens egne tanker, meninger og oppfatninger og kan derfor være grunnlag til feilkilder både ved primær- og sekundærlitteratur. Vi har derfor søkt i flere kilder for å etterprøve den litteratur vi ønsket å benytte. Når det gjelder andre kilder; som blant annet internett må man også være kritisk, da litteraturen her kan være fra upålitelige kilder og uten sikre forskningsresultater, altså bare påstander. Vi har foretatt litteratursøk på internett, men vi har da vært kritiske til funnene blant annet ved å ha vurdert opphavet til litteraturen. Derfor mener vi at den litteraturen vi har funnet på internett og benyttet i oppgaven er pålitelig siden det er utarbeidet av for eksempel Norsk Helseinstitutt. Men vi har i hovedsak søkt i fagdatabaser siden dette er etterprøvd forskningsbasert litteratur, og oppdatert kunnskap. Tatt alle disse ting i betraktning og med tanke på at en litteraturstudie består av å søke i mye litteratur anser vi dette som en god metode for å tilegne oss kunnskap og for å finne svar på problemstillingen.



### **3.0 TEORI**

#### **3.1 Smertelindring**

Det er en kjent sak at de fleste forbinder kreft med smerter, kanskje spesielt den siste tiden av sykdomsprosessen. Smerter ved kreft varierer når det gjelder hvor sykdommen har angrepet kroppen. Skjelettmetastaser, som som oftest har sin opprinnelse fra brystkreft, prostatakreft og lungekreft, er årsak til minst 50 % av alle kreftsmarter (Almås 2008).

Man skiller gjerne mellom fysiske, psykiske, åndelige og sosiale smerter. Det er ofte vanskelig å finne klare grenser til årsakene til disse smertene, da det er vanskelig å skille dem fra hverandre siden de faktisk påvirker og forsterker hverandre (Almås 2008).

Det er veldig viktig å være klar over er at ikke alle smerter trenger å være relatert til selve kreftsykdommen. Det kan være noe så enkelt som f. eks vanlige muskelstramminger, munntørrhet eller obstipasjon. Enkelt, men smertefullt. Det er derfor viktig at vi som sykepleiere er flinke til å kartlegge smertene, for slik å kunne fjerne årsaksfaktorer til unødvendige plager for pasienten.

Et mål med smertelindring er at pasienten har det så godt det lar seg gjøre, uten unødvendige lidelser. Dette forutsetter at vi som behandlere har nok kunnskap og erfaring (Husebø og Husebø 2008).

##### **3.1.1 Smerter og smertelindring hos eldre**

Det er en kjent sak at mange tror at å få smerter er en naturlig del av det å bli gammel. Noe det selvfølgelig ikke er. McCaffery uttrykker i stedet at smerte ikke er en uunngåelig del av det å bli gammel (McCaffery og Beebe, 2001). Hyppigheten av smertefulle sykdommer øker dramatisk med alderen. På lik linje med alle aldersgrupper skal også Eldres smerter tas på alvor, vurderes, evt. diagnostiseres og så langt det lar seg gjøre, behandles. Jo høyere alder et menneske når, vil sjansene for at personen rammes av en eller flere sykdommer som kan medføre smerte være større, dette være seg blant annet kreft. Dette betyr likevel ikke at smerten skal godtas og tas for gitt på grunn av alder.

Eldre kan ha en nedsatt smerteterskel og smerteoppfatning, samtidig som at eldre gjerne har en redusert toleranse for smerte (Nortvedt og Nesse 1997). Årsaken til dette ligger i at neurofysiologiske endringer i overføringen av smerteimpulser reduseres med 2- 3 % (Nortvedt og Nesse 1997). Fordi eldre mennesker har svekkede mekanoreseptorer i vevene, forårsaker det at den presynaptiske hemmingen av de oppadstigende smertebanene i ryggmargen reduseres. Og på den måten reduseres smerteterskelen hos eldre mennesker. At neurotransmittere brytes ned raskere av enzymet monoaminoksydase med økt alder hos et menneske, forsterker dette ytterligere (Nortvedt og Nesse 1997). Dette medfører at eldre mennesker får en dårligere smertehemming fra egen kropp enn hva et ungt (yngre) menneske ville fått. Underbehandling eller uteblitt behandling skal likevel ikke begrunnes med viten om at eldre har nedsatt smerteterskel og -oppfatning. Nortvedt og Nesse omtaler i studier gjort blant eldre at det ikke finnes noe entydig svar på om smerteterskel blant eldre virkelig er redusert. Dette kan begrunnes med at det foreløpig finnes for få smertevurderinger som er særlig tilpasset eldre.

Ved medikamentell og ikke medikamentell smertelindring hos eldre skal man være oppmerksom på at det er visse fysiologisk endringer i menneskets kropp, i tillegg til de nevnt ovenfor som må tas hensyn til. Dette gjelder blant annet kroppssammensetningen – økning i kroppsfett, hjerte, nyre og muskelmasse minker, underernæring, dehydrering og kroniske sykdommer blant annet (McCaffery og Beebe 2001). Dette vil si at man må vise forsiktighet, og helst unngå, blant annet intramuskulære injeksjoner av analgetika til eldre. Man skal i størst mulig grad administrere analgetika peroralt eller inneliggende kanyle (Kirkevold m.fl 2008).

Ved medikamentell smertelindring vil det hos eldre, hyppigere enn hos yngre mennesker være vanlig med bivirkninger som døsigheit, forvirring, forstoppelse og respirasjonspåvirkning. For i størst mulig grad å unngå dette eller påføre pasienten unødige tilleggslidelser som følge av medikamentell smertelindring, anbefales det at man til eldre har en startdose som tilsvarer halvparten til 1/3 av hva som er anbefalt til et voksent menneske (McCaffery og Beebe 2001). Man må velge lavere doser av analgetika, siden den gamles toleranse for analgetika ofte er redusert.

Smerte er av individuell oppfattelse og er særegen for hvert enkelt menneske. Smertelindring er en behandling som av den grunn skal gjennomføres på individuelt

grunnlag for den enkelte pasient. Enhver pasient har lik rett til behandling og rett til like mye behandling, uansett og uavhengig av alder, gammel som ung.

### **3.1.2 Medikamentell smertelindring**

Som tidligere nevnt er det skjedd nærmest en revolusjon når det gjelder smertelindring, ikke nødvendigvis når det gjelder nye og bedre analgetiske legemidler, man har forandret måten å bruke dem på. Også holdningene rundt opioider og smertebehandling har forandret seg, og bidratt til bedre resultater, dette skal vi diskutere senere i oppgaven.

Et hjelpemiddel til å kartlegge smerten når man skal administrere analgetika til pasienten er den såkalte "smertetrappen". Denne trappen inneholder fire trinn, som man bruker avhengig av pasientens smerter. Det er vanligst å begynne på det nederste trinnet med perifertvirkende analgetika, for å så gå oppover i stigen til sentraltvirkende analgetika etter hvert som smertene blir sterkere. Det kan ofte være en fordel å kombinere disse to typene av analgetika, altså at man bruker både paracetamol eller et NSAID og opioider som morfin eller lignende. Dette er noe man som oftest må prøve ut og nærmest eksperimentere med for å finne riktig medikament og medikamentdose til den enkelte pasient. Man må allikevel være oppmerksom på at man ikke bruker mange forskjellige preparater, da dette oftest medfører flere unødvendige bivirkninger (Almås 2008). Alle mennesker er forskjellige og reagerer individuelt på smerter og dermed smertestillende. Når man ved hjelp av et korttidsvirkende preparat har funnet en dose som har tilstrekkelig smertelindring hos pasienten er dette en veiledning til å velge et langtidsvirkende medikament. Ved kroniske kreft smerter bruker man oftest slike langtidsvirkende preparater. Dette for at pasienten skal være smertelindret lengst mulig uten å måtte ta ny dose analgetika. Det er vanlig å velge et korttidsvirkende preparat i tillegg, som kan brukes mot gjennombruddssmerter (Almås 2008). Når man bruker morfin eller andre opioider mot kreft smerter ser man at pasientene utvikler en slags økt medikamenttoleranse. Dette har ingen annen betydning enn at man da må justere opp doseringen. Etter to-tre uker vil toleransen ofte ha nådd et visst nivå, og holder seg mer stabil (Almås 2008).

En uheldig bivirkning av de fleste smertestillende medikamenter er obstipasjon, spesielt ved bruk av opioider. Ved oppstart av slike medikamenter skal man være oppmerksom

på slike problemer, og om nødvendig starte opp med avføringsmidler for å forhindre dette problemet. Slik kan man hindre en unødvendig tillegglidelse for pasienten.

(Almås 2008) (Norsk Helse Informatikk (2001)).

I tillegg til den analgetiske medikamentbehandlingen av terminale kreftpasienter har man også diverse tilleggsmedikamenter man kan ta i bruk. Dette kan blant annet være bruken av glukokortikoider som virker ødemreducerende og de har også en viss smertestillende effekt i seg selv (Almås 2008). Det kan også være nødvendig med ulike typer angstdempende medikamenter. Naturlig nok er de fleste kreftpasienter, og kanskje spesielt de terminale, engstelige ovenfor egen kropp og sykdom, ved da å gi dem et angstdempende medikament, får de kanskje slappe bedre av, noe som igjen kan være positivt for smertene.

Enkelte kreftpasienter opplever dessverre ikke tilfredsstillende smertelindring av perorale analgetika. I tillegg kan mange være plaget med unødvendige bivirkninger. Man kan da ta i bruk andre administrasjonsmåter, som blant annet smertepumpe eller smertepaster. Disse vil gi en jevn og kontinuerlig tilførsel av smertestillende, noe som gjør at pasienten får mindre smerter og i tillegg slipper de verste bivirkningene (Almås 2008).

Smertelindring via smertepumpe kan også være et godt alternativ til smertelindring via f. eks. injeksjoner. Ved å benytte smertepumpe er pasienten i større grad uavhengig av helsepersonell rundt seg til enhver tid, mindre bundet til opphold i institusjon, og kan i større grad administrere medisin selv.

Et overordnet krav til alle administrasjonsmåtene nevnt over og smertelindring generelt, utført av sykepleier, er at har god kjennskap til medikamentene, slik at man kan vurdere virkning og bivirkning. Ettersom man blir kjent med pasienten og det smertestillende preparatet kan man behandle eventuelle bivirkninger av smertebehandlingen før de dukker opp.

Som tidligere nevnt har tilleggsdiagnoser og tillegglidelser en innvirkende faktor på smerten. I den terminale fasen er det derfor svært viktig at man forebygger og forhindrer slike unødvendige plager.

### 3.1.3 Ikke-medikamentell smertelindring

I tillegg til den medikamentelle smertelindrende behandlingen kan man benytte seg av ulike psykologiske behandlingsmåter. Det som er felles for bruken av slike psykologiske smertelindrings-prinsipper er at man forsøker å øke pasientens smertetoleranse, noe som kan få pasienten til å føle en viss kontroll og å kunne mestre smertene bedre. Det er mange faktorer som virker inn på smerteopplevelsen, blant annet nattesøvn, angst og stress, kunnskaper om situasjonen og det å ha noen som bryr seg om deg (Almås 2008). Hvis man klarer å avlede en eller flere slike faktorer, kan det virke positivt for pasientens smerteopplevelse. En pasient med sterke smerter vil ofte bare tenke på smerten, og hvor vondt han har det. Hvis man bruker avledning i en slik situasjon, og på denne måten leder pasientens konsentrasjon og tanker rundt smerten over på noe positivt vil han kanskje glemme den verste smerten, og i alle fall bli smertelindret for en liten stund. Avledningsmetoder kan blant annet være bruk av sansene og da spesielt syn og hørsel, bruk av massasje, respirasjonsøvelser med mer. Det er viktig når man hjelper pasienten med slike øvelser at man har erfaring med det fra tidligere, og at man forklarer pasienten effekt man kan oppnå eller ikke oppnå (Nortvedt og Nesse 1997).

Man har også andre psykologiske behandlingsmåter, blant annet avspenningsteknikker som meditasjon, dagdrømming, musikkterapi og lignende. Felles for alle disse øvelsene er at man kan oppnå et visst velbefinnende, enten det er fysisk eller psykisk (Almås 2008). En viktig faktor ved utprøvingen av slike alternative metoder, er at man lytter til pasienten, og lar han velge metoder som passer hans interesser (spesielt ved valg av musikk eller lignende) for at behandlingen skal ha størst mulig effekt. Det er gjort ulike studier om virkningen av musikk på kreftpasienter med kreftsmerte, som viser positive resultater der pasientene opplever en lindring av smertene (Huang ST, Good M, Zauszniewski JA 2010).

En annen metode man kan bruke i behandlingen av smerter uten medikamenter er avslapping. Som tidligere nevnt kan stress og uro forsterke smerter. Det er derfor nødvendig at man ikke bare tenker medikamenter ved smerter, men at man fjerner de psykiske grunnene. Ved smerter er det ofte man knytter seg og strammer musklene, og dette i seg selv kan forverre smerten. Hvis man derimot klarer å slappe av med riktig avslapningsmetode vil man kunne oppnå redusert oksygenforbruk, lavere puls og

respirasjonsfrekvens og mange vil beskrive denne følelsen som en følelse av velvære og ro, som igjen kan ha positiv effekt på smerten (Nortvedt og Nesse 1997).

Ved bruk av slike ikke-medikamentelle smertelindringsmetoder vil man sjelden oppnå fullstendig smertelindring, men ved en kombinasjon av medikamentell og ikke-medikamentell vil man få en mer optimal smertelindring. Den ikke-medikamentelle smertelindringen vil i enkelte tilfeller være så effektiv at det fører til mindre behov for medikamentell smertelindring (Kirkevold m.fl 2008).

Vi vet at det finnes flere alternativer til ikke medikamentell smertelindring, men vi mener det ikke er relevant siden pasienten er terminal.

### **3.2 Kreft**

Kreft er en av to sykdommer i Norge som tar flest liv. Antall nye krefttilfeller som oppdages øker med nesten 3 % hvert år. Dette skyldes blant annet en stor befolkningsvekst og endringer i befolkningens alderssammensetning (eldrebølge). Årsaker til kreft kan være ytre og/eller indre faktorer. De ytre faktorene kan blant annet være stråling, kjemiske stoffer og andre fysiske påkjenninger, mens de indre kan være arvelige og immunologiske forhold. Det er allikevel slik at de aller fleste krefttilfeller starter med en ytre påvirkning som igangsetter sykdomsprosessen via en skade på arvematerialet (Jacobsen m.fl.2006). Det er lenge vært kjent at blant annet røyking er en faktor som kan medføre kreft, og da lungekreft. Det har også lenge vært diskutert om kostholdet kan være en faktor for utviklingen av kreftsykdom, men forskerne ser ikke ut til å bli enige om dette.

#### **3.2.1 Kreft hos eldre**

Som nevnt i punktet over skyldes økning i antall krefttilfeller per år blant annet endringer i befolkningens alderssammensetning. Dette vil si at vi i dag lever lenger og blir eldre og eldre. Kreft er en sykdom som rammer ca. 40 % av befolkningen, og det er da logisk at sjansen for å få kreft er større jo lenger man lever. Selv om kreft rammer alle aldersgrupper, rammer det spesielt personer mellom 60 og 80 år, og har blitt kalt en alderssykdom (Almås 2008). På grunn av at sjansen for å få kreft øker med økende alder, er dette noe helsevesenet må være bevisste på, siden eldre kreftpasienter ofte krever en mer kompleks behandling, både fysisk og psykisk ved at det er spesielle

hensyn som må tas. Man ser også viktigheten av individuell behandling (Colussi, AM 2001).

### **3.3 Terminalfasen – Når døden er nær**

Døden er en naturlig og uunngåelig del av livet. Men døden i seg selv er svært vanskelig å forutse og det kan være vanskelig å gi et konkret svar på når livet vil ta slutt. Noen forlater livet brått og uventet, mens andre får en dødelig sykdom eller lignende og kan dermed få tid til å forberede seg på å dø – døden er ventet. Når en sykdom eller lidelse er så langt fremskredet at døden er nært forestående, kaller man det terminalfasen – personen er terminal.

Terminal: Som hører til slutten, ytterst, sist. Døende (Nylenna 2007, s. 349).

Hvert enkelt dødsfall er individuelt og man kan aldri forutse med sikkerhet hva som kommer til å skje. Ut fra erfaringer ser man likevel noen hovedtrekk med dødsprosessen som kan tyde på at døden er nært forstående.

Når døden nærmer seg kan det skje visse fysiologiske forandringer f. eks. økt søvnbehov, tiltagende forvirring og svekket orienteringsevne, bevissthetstap, mindre respons til de nærmeste, interesse og evne til å ta til seg næring og drikke svekkes. Sykepleierens ansvar i en pasients terminalfase er stor, og det er konkrete tegn man kan observere hos pasienten, bla. cyanose og marmorering, kalde kroppsdelar, rask og svak puls, vekslende pust med økende surkling. Dette er til en viss grad målbare tegn og man kan i en slik situasjon forvente døden. Når disse tegnene kommer til uttrykk, er man i den terminale fasen og pleie av pasienten må tilpasses pasientens nåværende situasjon.

Terminalpleie: Pleie av døende, pleie til livets slutfase (Nylenna 2007, s. 349).

### **3.4 Verdighet og Etikk**

Verdighet er en subjektiv opplevelse og det er individuelle forskjeller fra person til person og i ulike situasjoner om hva som oppfattes som god verdighet. Man må derfor vise respekt og forståelse overfor den enkelte pasient. Verdighet er et begrep bestående av tre dimensjoner eller aspekter, en filosofisk, en atferdsdimensjon og til sist en relasjonell dimensjon. Dimensjoner som innebærer at hvert enkelt menneske er unikt,

har egenskaper og kvaliteter ved selvet, opptreden av en selv og opptreden av andre for å ivareta et menneskets verdighet (Knutstad 2010).

Pasienter rammet av alvorlige sykdommer, smerter og lidelser møter vi ofte. For mange av disse pasientene er døden en realitet, og sykdommen har i mange tilfeller fremskyndet døden for dem. Et gjeldende spørsmål blir da om mennesker mister sin verdighet når de blir alvorlig syke og avhengig av hjelp, eller om den blir tilstrekkelig ivaretatt. I situasjoner med sykdom og der behovet for hjelp øker vil sannsynligheten og risikoen for at verdigheten svekkes være økt. Hos en syk og døende pasient vil det derfor være utslagsgivende at ens verdighet opprettholdes og ivaretas. Verdigheten skal ikke ta slutt selv om livet er i ferd med å ta slutt. Gjennom et langt liv vil et menneskets krav til å få ivaretatt sin verdighet være større og ha stor fokus særlig i situasjoner hvor personen trenger hjelp til å ivareta sine egne behov. Uavhengig av situasjon, alder og helsetilstand en pasient befinner seg i, skal man som sykepleier opptre på en slik måte at pasientens verdighet bli bevart (Knutstad 2010).

For å ivareta og opprettholde verdighet er det av stor betydning at det er en god og tillitsfull relasjon mellom sykepleier og pasient. Barmhjertighet, omsorg og respekt for grunnleggende menneskerettigheter er viktige verdier innenfor yrkesetikken (Brinchmann 2007). En god relasjon er avhengig av en god dialog mellom pasient og sykepleier. Sykepleiers rolle er å informere og utveksle kunnskap til pasienten, samtidig som at pasienten skal få uttrykke sine ønsker og behov. På denne måten får pasienten ta del og får medbestemmelsesrett i sin behandling, og får dermed ivaretatt sin autonomi.

Autonomi: Autos (selv) nomos (lov, styring, regulering) (Brinchmann 2007, s.80). Selvbestemmelsesrett, selvstyre. F. eks. pasientens rett til å bestemme over seg selv og sin kropp (Nylenna 2007, s. 38). Hvis man kan være sikker på at pasienten har fått god nok informasjon og forstår konsekvensene av sine valg, skal man respektere dette valget og la pasientens autonomi få ta del i behandlingen. Autonomi er ikke bare et begrep, men en etisk og juridisk rettighet pasienten innehar og som er nedfelt i lov (Brinchmann 2007).

Holisme defineres som et helhetssyn ved forklaringer av menneskelige forhold og anliggender (Nylenna 2007). Det vil med andre ord si, at ved menneskelig tilnærming og kontakt må man forholde seg til det aktuelle menneskets helhet, det vil si kropp,



tanker, engstelser, skavanker, skam, sårbarhet, religion, ressurser, smerter, livssituasjon, kulturbakgrunn og så videre (Brinchmann 2007). Ved holisme skal med andre ord alle deler av menneskets natur tas i betraktning og tilgodeses, fordi alle deler påvirker hverandre i den store sammenheng. Holismen i seg selv blir betraktet som synet av alle de mindre delene i et menneskets natur, men at helhetssynet av et menneske er større enn alle enkeltdeler til sammen. Gjennom holistisk tenking og holistisk menneskesyn vil det være fire dimensjoner ved mennesket som er av betydning ved en helhetlig og totalitær omsorg og behandling. De fysiske, de psykiske, de sosiale og de åndelige dimensjoner. Dimensjoner som hver for seg kan gi plager og ubehag for et menneske, men fire elementer som også med sikkerhet på virker hverandre i det helhetlige bildet av et menneske (Brinchmann 2007).

### **3.5 Sykepleieteoretiker – Kari Martinsen**

Kari Martinsen (født 1943) hun er sykepleier og har en magistergrad i filosofi. Hennes magistergrad i filosofi og sykepleiens historie har satt sitt preg på hennes teorier og hun har hatt sitt fokus på sykepleiens natur - den spontane og naturlige omsorg for et annet menneske. Martinsen har gjennom sitt arbeid vist at hun stiller seg heller kritisk til at utførelsen av sykepleiefaget skal fremlegges som en konkret teori, hun ønsker i stedet et samarbeid mellom sykepleierne som omsorgsyttere og forskere (Kristoffersen 2005).

Omsorg er Martinsens grunnpilar i god sykepleie. Hun bygger sine teorier rundt omsorg og mener at omsorg er et ontologisk fenomen – en forutsetning for alt menneskelig liv. Med dette legger hun vekt på at alle mennesker er avhengig av hverandre, hun sier med dette at ingen mennesker kan leve i full isolasjon fra andre mennesker (Kirkevold 2001). Hun legger derfor stor vekt på relasjoner i sin sykepleiefilosofi (Kristoffersen 2005). Når sykepleie blir en nødvendighet fordi sykdom, funksjonshemming og nedsatt evne til å klare seg selv melder seg, kommer nødvendigheten av Martinsens omsorg tydeligere frem. Hun mener at omsorg og mellommenneskelige relasjoner må bli sykepleierens verdigrunnlag for å kunne utføre optimal sykepleie til den pleietrengende. Kari Martinsen sier konkret at faglig skjønn og praktisk kunnskap er den viktigste kunnskap for god utøvelse av sykepleie, og tar utgangspunkt i menneskets natur og livsvilkår (Kirkevold 2001). Kunnskapen om det beste for mottakeren sammen med den generelle omsorgen og gjensidige respekten for et annet menneske, dens vilje og ønsker står i fokus. Ingen konkrete svar er det rette.

Martinsen er kritisk til den sykepleietenkning som legger vekt på at den pleietrengende og syke til en hver tid skal ha som mål å gjenvinne sin funksjon, selvstendighet og egenomsorg - formålsrasjonalitet. Kari Martinsen legger stor vekt på at tillit og barmhjertighet er av de viktigste livsytringer. Hun sier at ulike parter i en sykepleiesituasjon må ha konkrete normer og regler som begge eller alle parter har forståelse til og kjenner, som kan føre til optimal omsorg. Hun konkretiserer en holdning som hun mener en hver sykepleier bør inneha, at man skal ha solidaritet med de svak (Kristoffersen 2005).

Martinsen mener ut fra dette at begrepet omsorg kan deles inn i tre; et relasjonelt begrep, et praktisk begrep og et moralsk begrep. Men at hun er helt klar på at det er den moralske delen som er overordnet de andre (Kristoffersen 2005).

Ved å bruke ord som livsmot og velvære, sier Martinsen at et menneskes helse til enhver tid må oppfattes som individualistisk (Kirkevold 2001). Det et menneske kjenner og føler i en situasjon der sykepleie er nødvendig, kan ikke en annen part i saken føle eller kjenne, men hun konkretiserer at vi som tjenesteytere må yte omsorg av vårt eget engasjement og innlevelse i den pleietrengendes situasjon. Omsorg må skje på den sykes premisser så langt det er mulig. Slik utdyper hun at det er den resultatløse sykepleie som er den optimale. Hun mener med dette den omsorg som er basert på uegennyttig gjensidighet, den sykepleie som blir utført og er uten forventninger om å få noe tilbake. Kari Martinsen gir en sterk ytring om at man til en hver tid må se på hva slags situasjon pasienten befinner seg og ta utgangspunkt i dette når man skal utføre sykepleie. Det er dette grunnlaget som gir grobunn for den beste sykepleie mener hun, slik blir handlingen en naturlig omsorg overfor pasienten. Man må være villig til å gå i relasjon med den syke, være engasjert, handle moralsk og samtidig handle ut fra kunnskap (Kristoffersen 2005).

Martinsen er skeptisk til begrepet autonomi. Hun vil i all hovedsak at en sykepleier behandler sine pasienter med svak paternalisme – sykepleieren skal benytte sin faglige kunnskap i samsvar med pasientens ønsker slik at selve sykepleiehandlingen overfor pasienten er til pasientens beste til enhver tid.

#### 4.0 DRØFTING

Å drøfte defineres som; ”å diskutere og ta for seg og granske noe fra forskjellige sider” (Dalland 2007, s. 120).

I dette kapitlet vil vi drøfte mulige svar på vår problemstilling, vi ønsker derfor å presentere problemstillingen på nytt;

*”Hvordan kan vi som sykepleiere bidra til smertelindring hos en eldre terminal kreftpasient og samtidig ivareta pasientens verdighet?”*

Vi velger å presentere drøftingen kronologisk etter slik den er fremstilt i teoridelen, for å gjøre den oversiktlig og systematisk. Drøfting av sykepleieteoretiker og begrepet verdighet omtales der det er hensiktsmessig og relevant i teksten.

Verdighet er et begrep benyttet i svært mye litteratur per i dag. Gjennom arbeidet med denne oppgaven kan vi med sikkerhet si at vi har gjort grundige og omfattende litteratursøk rundt begrepet verdighet, men at den rene teoretiske litteraturen av begrepet verdighet har vist seg å være svært mangelfull sett i våre øyne. Den drøfting og omtale vi derfor fremlegger i den kommende drøftingsdelen av oppgaven rundt begrepet verdighet har sitt utgangspunkt i den teori som finnes på området, men at vi også i stor grad har belyst våre egne tanker og meninger rundt begrepet. Sett ut fra den manglende teori rundt begrepet verdighet kunne vi selvsagt ha tatt avstand fra begrepet i problemstillingen. Men våre erfaringer fra praksis og arbeidsliv sier oss i stedet at dette er et begrep som i for liten grad blir satt fokus på, selv om det er et begrep de aller fleste av oss mennesker legger stor betydning i. Og vi ønsker derfor å belyse viktigheten av godt ivaretatt verdighet i en viktig fase av livet som den terminale fase er. Viktigheten av begrepet verdighet kommer også fram i FNs erklæringer om døendes rettigheter, blant annet i følgende punkt: *”Jeg har rett til å få dø i fred og med verdighet”* (Helse- og omsorgsdepartementet 1999).

Vi har som tidligere nevnt ønsket å fordype oss i den helhetlige smertelindring hos den eldre terminale kreftpasient, og samtidig fokusere på å ivareta pasientens opplevelse av verdighet. Av flere ulike grunner ser vi for oss at den terminale kreftpasienten som vi i denne oppgaven har satt fokus på bor og oppholder seg i sykehjem. På denne måten får pasienten et 24 timers behandlingstilbud, og dermed en kontinuerlig oppfølging av smerteopplevelsen, både fysisk og psykisk. Slik kan smertelindringen utføres på en mer

optimal, jevn og tilfredsstillende måte. I tillegg slipper pasienten å være alene den siste tiden. I punkt 3.4 fremlegger vi teori om at verdighet er en subjektiv og individuell opplevelse. Erfaringsmessig mener vi derfor at ikke noe menneske på jord vil uttrykke sin opplevelse av verdighet på en og samme måte. For noen kan godt ivaretatt verdighet dreie seg om så lite som at man som sykepleier banker på døren før man går inn på et pasientrom og sier hei når man stiger inn på rommet. For andre kan godt ivaretatt verdighet derimot dreie seg om noe langt større. Det kan være at kvinner ønsker at kvinnelige sykepleiere skal bistå ved stell og bistand ved utførelsen av grunnleggende behov når de selv ikke har mulighet til dette. At stell, leiendringer i den terminale fase og lignende foregår uten andre enn pasienten selv og sykepleier(ne) til stede inne på rommet osv, eller som nevnt over, slippe å være alene den siste tiden man lever. Slik vi derfor ser det, er det av stor viktighet at den enkelte pasient får mulighet og tid til å uttrykke sine tanker og ønsker i den situasjonen han befinner seg i, slik vi som sykepleiere skal kunne ivareta hans verdighet på en tilfredsstillende måte for pasienten. Vi mener å kunne uttrykke at mange av dagens erfarne sykepleiere i for stor grad tror de vet hva pasienten ønsker, og slik også vet hvordan vi best skal ivareta pasientens verdighet. Slike myter ønsker vi å ta til motmæle for. Verdighet er en objektiv og individuell opplevelse og ingen andre enn pasienten selv kan uttrykke hva godt ivaretatt verdighet er for han og den helsehjelp han mottar og den situasjon han befinner seg i.

Som nevnt i punkt 3.1 er det enkelte typer kreft som statistisk sett medfører mer smerter enn andre. Sett i fokus av våre søk i forbindelse med denne oppgaven og egne erfaringer er dette noe vanskelig å forholde seg til, da enhver smerteopplevelse er individuell og den enkelte pasient reagerer og opplever smerte forskjellig. Vår mening i denne påstanden kan underbygges med Kari Martinsens sykepleieteori, som omtales i punkt 3.5, der hun bekrefter viktigheten av å behandle pasienter og deres helsetilstand individuelt. Det er derfor av stor viktighet at vi som sykepleiere behandler enhver pasient individuelt og ikke forbinder en spesiell type kreft med smerter for eksempel skjelettmetastaser, og dermed andre typer kreft mindre smertefulle. Smertelindringen må tilpasses den enkelte og skje på pasientens premisser. Under kartleggingen av smerter må man også være bevisst på at smerte ikke nødvendigvis bare har opphav i selve kreftsykdommen, men at smerte også kan skyldes flere andre faktorer. Vi anser det derfor som viktig at man som sykepleier ikke bare tenker og setter fokus på den

fysiske smerten, men også den psykiske. For slik å få en holistisk smertelindring, som tidligere nevnt i punkt 3.4.

Smertelindringen av de fysiske smertene er teoretisk sett, slik vi ser det, enklere å behandle enn psykiske. Vi begrunner denne påstanden med at man ikke kan sette seg inn i en pasients smerte, hverken fysisk eller psykisk smerte. Sett i et naturvitenskapelig lys er den fysiske smerten fysiologisk, altså mer målbar fordi man har man vondt på et konkret område og behandlingen er analgetika. Ved psykiske smerter er smerten mindre konkret, og behandlingen blir mer bredspektret og variert. I tillegg vil det være umulig å kunne sette seg inn i og forstå den terminales psykiske smerte. Vi mener derfor at den psykiske smerten er mer krevende å behandle tilfredsstillende, men ikke minst like viktig å behandle som den fysiske smerten. Vi mener derfor at smerten og smertelindringen bør sees på fra et holistisk syn, for å få en helhetlig smertelindring. Vi ser likevel at dette er påstander som kan skape diskusjon fra ulike vitenskapelige synsvinkler og ulike yrkeslinjer innenfor sykepleiefaget. For eksempel vil kanskje en psykiatrisk sykepleier mene noe annet, fordi hun har et annet fagfelt.

Et annet perspektiv ved god smertelindring er at man i størst mulig grad bør forhindre eventuelle tilleggs lidelser og smerter hos pasienten, til den opprinnelige kreftsmerten. Det er ikke til å legge skjul på at pasientgruppen vi her omtaler – eldre, terminale og kreftsyke, med stor sannsynlighet har en eller flere tilleggs lidelser og smerter utenom selve kreftsmerten. Slike tilleggs lidelser kan også være et resultat av medikamentbruk. Vi mener at man som sykepleier må være dette bevisst, og derfor i størst mulig grad forhindre eller eventuelt behandle slike tilleggs lidelser. Sett fra en annen side er vi selvfølgelig bevisst over at man ikke setter i gang unødige behandlingstiltak hos en eldre terminal pasient, og dermed krenker hans verdighet. Men vi ønsker å utdype at de tanker et menneske har rundt begrepet verdighet, særlig blant eldre kan være refleksjoner et menneske har gjort seg gjennom et langt liv. Og dermed ikke er ensbetydende med våre oppfattelser hva godt ivaretatt verdighet er sett fra en sykepleiers side. De handlinger vi gjør mener vi til enhver tid bør være de handlinger som pasientens selv ville gjort for å ivareta sin verdighet, i en kombinasjon med fornuft og faglig skjønn. Vi får her støtte fra det vi tidligere har nevnt i teoridelen om Kari Martinsen, som uttaler at praktisk kunnskap er viktig for utøvelse av god sykepleie, men

understreker også viktigheten av faglig skjønn. Man må kort sagt se an og vurdere situasjonen.

Som tidligere nevnt i punkt 3.1 kan ulike smerter påvirke og forsterke hverandre. Og vi mener at man som sykepleier raskt kan se seg blind på selve kreftsmerten, og dermed overser andre faktorer til smerte som pasienten har. Vår mening er at man må ha hovedfokus på kreftsmerten, men for å kunne ha det, må man fjerne eventuelle andre faktorer til smerte. Kartlegging av smerte og dernest smertelindring bør til enhver tid gjennomføres med omhu og nøyaktighet.

I tillegg har det i mange år vært en myte at eldre må regne med å leve med smerter når alderen blir høy, som nevnt i punkt 3.1.1. Smerter skal ikke være en naturlig del av å bli gammel og det skal langt ifra være en selvfølge at eldre skal ha smerter. Vi mener derfor at smerte hos eldre terminale kreftpasienter i like stor grad bør tilstrebes å unngås som hos yngre. Eldre skal på ingen måte måtte tåle mer smerte og ubehag fordi de er gamle, de skal behandles og smertelindres, for slik å kunne møte døden på en måte som er verdig både for dem som syke døende mennesker, men også for oss som helsepersonell. Vi understreker derfor viktigheten av en god og tillitsfull relasjon mellom sykepleier og pasient, for å ivareta pasientens verdighet i tiden før døden. Godt ivaretatt verdighet vil her, slik vi ser det være et resultat av den relasjonelle dimensjonen av begrepet verdighet. Uten en god relasjon og en gjensidig tillit mellom pasient og sykepleier, vil pasientens eget syn på verdighet falle bort og det kan lett bli sykepleierens syn på verdighet som i stedet blir ivaretatt. Vi utdyper at en sykepleiers arbeid skal utføres på en slik måte at den helsehjelpen – smertelindringen som blir gitt til enhver tid er til det beste for, og på pasientens premisser. Vår uttalelse kan her understøttes av McCaffery og Beebe (2001), som uttaler at smertelindring hos eldre er like viktig som smertelindring hos resten av befolkningen, men at det dessverre er mangelfull forskning på området. Dette er noe vi ser oss enige i. Vi ser ingen grunn til at eldre terminale kreftpasienter skal ha en dårligere utprøvd smertelindring, men få en optimal smertebehandling i den terminale fasen av livet. Mange vil her ta til motmæle og hevde slike uttalelser er grunnlag til diskusjon. Blant annet med argumenter om at den eldre terminale kreftpasienten bør få ro, fred og hvile. Og slik få slippe en kraftanstrengende og utmattende smertelindring i den terminale fasen. Vi hevder i stedet at smertelindring er en streng nødvendighet også for eldre kreftpasienter i den terminale

fasen. Blant annet på grunnlag av at eldre har en dokumentert nedsatt smerteterskel, smerteoppfatning og redusert smertetoleranse. Smertelindringen bør derfor i langt større grad tilpasses den eldre og den eldres behov. Dette hevder vi å gjelde både den medikamentelle og den ikke-medikamentelle smertelindringen. Nortvedt og Nesse (1997) har gjennom sitt arbeid fremlagt litteratur om de eldres smerte, smerteoppfatning og smertelindring, og kan slik støtte våre uttalelser om nødvendig smertelindring hos eldre og at den bør tilpasses den eldre i langt større grad. Sykepleiere som utfører helsehjelp og smertelindring hos eldre terminale kreftpasienter bør i større grad ha fokus på at den eldre får mindre smertelindring naturlig fra egen kropp, og derfor være oppmerksom på smertelindring som må foregå medikamentelt eller ikke-medikamentelt, kan være nødvendig på et tidligere tidspunkt enn hos yngre. Eldre på sin side har en kjent større risiko for å bli rammet av uheldige bivirkninger av medikamentell smertelindring enn yngre. Vi mener likevel at smertelindring skal gis til eldre på lik linje som hos yngre, men at viktigheten av å tilpasse både den medikamentelle smertelindringen og den ikke medikamentelle smertelindringen er stor. Ikke minst mener vi at smertelindringen skal skje på pasientens premisser. Pasienten eller pasientens meninger og ønsker skal stå i fokus av den smertelindring som blir utført. Med dette mener vi at pasienten selv skal kunne ta del i smertebehandlingen, og eventuelt velge hvilke metoder, preparater og handlinger han vil bruke fremfor andre. Dette basert på sykepleiernes kunnskap og råd, i tillegg til egne opplevelser og meninger. Ved å gi pasienten medbestemmelsesrett og følelse av å bli hørt, mener vi at opplevelsen av å få ivaretatt sin verdighet vil være større. Dette er ikke bare vår påstand og teori, men en egen paragraf i pasientrettighetsloven § 3-1 som omhandler pasientens rett til medvirkning ved gjennomføring av helsehjelpen. Vi mener at dette forutsetter en god relasjon og dialog mellom pasient og sykepleier, og sykepleieren må dele av sin kunnskap, slik at pasienten kan forstå innholdet i de valgene han tar. På denne måten kan pasienten ytre sine valg, og få utløp for sine ønsker, i tillegg til at sykepleieren har kommet med sine anbefalinger og erfaringer. Dette karakteriserer, i følge Kristoffersen (2005), Kari Martinsen som svak paternalisme. Vi har tidligere, i punkt 3.4, nevnt begrepet autonomi men vi velger å se oss enige med Martinsen i at svak paternalisme er et mer passende begrep i samhandlingen mellom pasient og sykepleier. Dette begrunner vi med at sykepleieren har kunnskaper som pasienten ikke innehar og derfor mangler forutsetninger for å ta riktige avgjørelser. Samtidig som pasienten har tanker, ønsker og

meninger angående den smertelindring som skal utføres. Vi mener det er kombinasjonen av disse elementene som vil være det optimale, og gi den beste forutsetningen for medbestemmelsesrett og dermed den beste forutsetningen for god smertelindring. FN har utarbeidet en erklæring om de døendes rettigheter som understreker våre påstander. ”*Jeg har rett til å bevare min individualitet og ikke dømmes for mine valg selv om de går imot andres oppfatninger*” (Helse- og omsorgsdepartementet 1999).

Som tidligere nevnt, i punkt 3.1.2, må medikamentell smertelindring til eldre tilpasses ut i fra ulike behov og forutsetninger. Det er en kjent sak at forskning på smertelindring til eldre er noe mangelfull, men man er i dag kjent med ulike fysiologiske forandringer hos den eldre, i tillegg til at det har skjedd en utvikling i bruken av analgetiske legemidler. Vi mener dette er en positiv utvikling, men at det fortsatt bør gjennomføres mer forskning for å få en mer tilfredsstillende smertelindring tilpasset eldre. Grunnlaget for denne uttalelsen er at vi tror at eldre i for stor grad enten blir undermedisinert eller overmedisinert ved at man har for lite kunnskaper på området og lytter for lite til pasienten. De senere års holdningsendringer rundt medikamentell smertelindring har også økt forutsetningen for en mer optimal behandling. Dette mener vi skyldes en forandring i synet på bruken av opioider og avhengighet av slike sterke analgetika. Man har tidligere forbundet ordet morfin med misbruk og avhengighet, og derfor har det vært tilbakeholdenhet med bruk av slike sterke analgetika, dette har heldigvis forandret seg mye de siste årene. Vi mener også at holdninger til pasienten og hans meninger og ønsker har endret seg til det positive, ved at man er mer åpen for å lytte og ha tillitt til pasientens ytringer om smerte, fra at man tidligere var overordnet pasienten og at hans meninger var verdiløse.

Smertetrappen er et hjelpemiddel til administrering av ulike analgetika. Det er en god ledetråd i administreringen av analgetika i smertelindring, men vi stiller oss spørrende til om denne blir brukt for slavisk. Vi mener at smertetrappen bør tilpasses og benyttes mer effektivt hos en med kraftige smerter eller eldre. Dette begrunner vi med at man ikke nødvendigvis må begynne nederst på trinn en i smertetrappen, når behovet er større. I tillegg, som nevnt tidligere, må eldres smertelindring tilpasses i langt større grad enn hos yngre mennesker. Vi mener det vil føre til større grad av individualisme hvis man ivaretar det enkelte menneskets reaksjon på smerter og smertelindring, og



tilpasser smertelindringen deretter. Enhver smertelindring mener vi må skje på individuelle grunnlag for å kunne ivareta pasientens verdighet. Dette for å unngå for eksempel feilmedisinering og dermed en overmedisinert pasient som er døsig og kanskje ikke tilstedeværende eller undermedisinert og dermed plages av sterke smerter. Et annet perspektiv er bruken av angstdempende medikamenter. Det er en kjent sak at alvorlig syke og terminale pasienter kan være plaget av angst og redsel for å dø. Vi mener absolutt at slike plager skal tas alvorlig og behandles for å lindre psykiske smerter. Vi bemerker likevel at slik behandling bør spesielt tilpasses eldre, da de lettere rammes av uheldige bivirkninger, som blant annet døsigheit. Bivirkninger og mulige risikoer er noe pasienten på forhånd har rett til informasjon om, i følge pasientrettighetsloven § 3-2, for så å kunne basere sine valg på dette. Slike uheldige bivirkninger er noe vi mener vil gjøre den terminale fasen mindre verdig for pasienten. Vi understreker her begrepet autonomi eller svak paternalisme, betydningen av at pasienten selv får ta del i smertelindringen, både den fysiske og psykiske, og at vi som sykepleiere er åpne for dette, og dermed i større grad bevarer pasientens verdighet.

Vi som sykepleiere har en viktig oppgave i å formidle pasientens tilstand og behov videre til blant annet lege for forordning av riktig og nødvendig smertelindring. Dette forutsetter at vi har god kjennskap til pasienten og hans tilstand, for på denne måten å innhente riktige og avgjørende smertelindrende medikamenter til den terminale.

I tillegg til medikamentell smertelindring finnes det også gode ikke-medikamentelle smertelindringsmetoder, som nevnt i punkt 3.1.3. Vi mener det er avgjørende for optimal smertelindring at man ikke bare tenker på en av disse, men en kombinasjon mellom begge. Dette fordi den fysiske og psykiske smerten påvirker og forsterker hverandre, og man må derfor ha en holistisk tenkning ved smertelindring for slik å få en helhetlig tenkning av situasjonen, og dermed en bedre smertelindring. En annen begrunnelse er at man ved bruk av psykologiske smertelindringsprinsipper kan øke smertetoleransen hos pasienten, noe som kan føre til mindre behov for medikamentell smertelindring. Vi utdyper likevel at ikke-medikamentell smertelindring ikke skal være en erstatning for medikamentell smertelindring, men heller et supplement. Vår mening for å oppnå gode resultater av ikke-medikamentell smertelindring avhenger i stor grad av gode relasjoner mellom sykepleier og pasient. Begrunnelsen for dette er at gode relasjoner innebærer en gjensidig respekt, tillitt og solidaritet, dette er en av mange

faktorer som vil føre til optimal smertelindring og godt ivaretatt verdighet hos pasienten. Vår uttalelse her får støtte av Kari Martinsen som legger stor vekt på relasjoner i sin sykepleiefilosofi, i følge Kristoffersen (2005), der omsorg og mellommenneskelige relasjoner må være tilstede for å kunne utføre optimal sykepleie til den pleietrengende. Ved ikke-medikamentell smertelindring understreker vi viktigheten av sykepleierens tilstedeværelse hos pasienten. Vi mener tilstedeværelse i seg selv vil være en måte å avlede pasienten fra smertene på, og slik kan føre til ro, trygghet og redusert smerteopplevelse. Vi opplever at mange har en misoppfatning om hva tilstedeværelse hos en terminal pasient innebærer, og mange tror det i seg selv handler om å snakke til eller med pasienten. Vi mener at dette som i utgangspunktet skulle virke smertelindrende derimot kan virke mot sin hensikt og i stedet bli en belastning for pasienten. Vi utdyper i stedet viktigheten av at tilstedeværelsen skjer etter pasientens ønsker og behov, enten ved egne uttalelser eller vurdert etter faglig skjønn. Det er som oftest nok bare å være og sitte hos pasienten og eventuelt holde en støttende hånd på han. Ut fra dette ser vi viktigheten av tilstedeværelse gjennom hele den terminale fasen, men understreker spesielt viktigheten av tilstedeværelse i det øyeblikket livet tar slutt. *"Jeg har rett til å slippe å dø alene"* (Helse- og omsorgsdepartementet 1999). Noe som også FNs erklæringer om døendes rettigheter mener må etterfølges for at sentrale verdier i livets slutfase skal ivaretas.

Vi har i teoridelen nevnt tre ulike metoder for å smertelindre pasienten uten medikamenter; avledning-, avspenning- og avslappingsteknikker. Sett fra vårt synspunkt er dette tre teknikker som henger tett sammen og innebærer mye av det samme. Slike teknikker kan blant annet være massasje, musikkterapi, respirasjonsøvelser og dagdrømming. I utvelgelsen av slike ikke-medikamentelle smertelindringsmetoder er det av stor viktighet med et godt samarbeid mellom sykepleier og pasient, for å kunne velge en metode som tilfredsstillter pasientens interesser, ønsker og behov. Vi mener likevel at den grunnleggende pleien i seg selv er viktig og vil kunne gi en indirekte smertelindring ved å gi pasienten økt velvære. Dette mener vi bør være tiltak som lufting av rommet og frisk luft, leieendring, strekking av laken, tilse at pasienten verken er for varm eller kald og fjerning av eventuell urin og avføring så fort som mulig. Grunnleggende og enkle tiltak, men svært betydningsfulle for pasientens fullstendige behandling og velvære. Vi mener her å kunne dra paralleller

til Kari Martinsens omsorgsfilosofi og hennes uttalelser, i punkt 3.5, om at omsorg må skje på den sykes premisser og sykepleie utført på uegennyttig gjensidighet. Fra vårt ståsted ser vi klare positive aspekter ved bruk av slike ikke-medikamentelle smertelindringsmetoder, men dette innebærer riktig bruk. Dette begrunner vi med at man selvsagt ikke benytter slike kraft- og tidkrevende metoder for smertelindring i slutten av den terminale fasen, men at den eldre terminale kreftpasienten får ro og hvile den siste tiden. Kari Martinsen gir også en sterk ytring for dette, og mener at man til enhver tid må se på hva slags situasjon pasienten befinner seg i, og ta utgangspunkt i dette når man skal utføre sykepleie. Ved å tilpasse smertelindringen etter dette vil man på en god måte ivareta pasientens verdighet ved å vise hensyn.

Vi ønsker å utdype viktigheten av et enkelt, men svært betydningsfullt tiltak i den ikke-medikamentelle smertelindringen. Noe så enkelt som tilstedeværelse og oppmerksomhet ved for eksempel å holde pasienten i hånden. Vi mener smertelindring ikke skal være en erstatning for oppmerksomhet, men at oppmerksomhet i seg selv kan være en viktig faktor til smertelindring.

Vi nevner ofte ord som å smertelindre tilfredsstillende og optimalt, og ser at dette er vanskelige ord å bruke, og som kan bety så mangt. Særlig fordi dette er ord som har individuelle forskjeller fra person til person. Noen pasienter vil kanskje foretrekke å være totalt smertelindret den siste tiden, og dermed være mer eller mindre ubevisst, mens andre kanskje ønsker mindre smertelindring og heller mer smerter, for slik å kunne være mer bevisst. Hovedpunktet er at hvis vi som sykepleiere lytter til pasientens ønsker og behov, og etterlever disse ønskene, er det dette som er optimal smertelindring for pasienten. Vi har da samtidig bevart pasientens opplevelse av verdighet, ved å la han få bestemme og medvirke selv. Viktigheten av å bevare verdighet i den terminale fasen har Husebø og Husebø omtalt på følgende måte:

”Om alt går riktig for seg er det knapt noe øyeblikk i et menneskets liv med mer verdighet, enn deres siste timer og dager”

(Husebø og Husebø 2008)

## 5.0 KONKLUSJON

Det er vanskelig å finne ett konkret svar på vår problemstilling. Vi har heller kommet fram til flere forskjellige retningslinjer, der vi ikke vektlegger en av disse retningslinjene som viktigere enn andre, men helheten og kombinasjonen av de ulike. Utgangspunktet for god smertelindring forutsetter at vi som sykepleiere innehar kunnskap, erfaring og bruker faglig skjønn. I tillegg understreker vi viktigheten av gode relasjoner mellom sykepleier og pasient for å kunne yte nødvendig og tilpasset, og dermed individuell smertelindring. Eldre og terminale krever større grad av tilpassing av smertelindring, dette gjelder både medikamentell og ikke-medikamentell smertelindring på grunn av fysiologiske forandringer. Smertelindring både medikamentelt og ikke-medikamentelt bør i størst mulig grad kombineres for å få en mer optimal smertelindring. Man må ha fokus på både fysisk og psykisk smerte for på denne måten å få en mer helhetlig og holistisk smertelindring. Man bør legge vekt på lindring av smerten og ikke unødige, anstrengende behandlingstiltak. Vi legger vekt på grunnleggende pleie og tilstedeværelse som viktig i den terminale fasen, som indirekte fører til smertelindring. Verdighet er en subjektiv og individuell opplevelse, og man må derfor lytte til pasienten og gi han en grad av medbestemmelsesrett i smertelindringen via svak paternalisme. Hvis enhver handling i smertelindringen utført av sykepleieren overfor pasienten, skjer på pasientens premisser, vil pasienten selv oppleve å få ivaretatt sin verdighet. De retningslinjer og svar vi her har utarbeidet på vår problemstilling, kan på en god måte utføres basert på Kari Martinsens sykepleiefilosofi.

## 6.0 ETTERORD

Arbeidet med denne oppgaven har vært svært interessant, men også veldig krevende. Vi visste litt om temaet fra før, men har etter å ha skrevet oppgaven fått et større innblikk i teorien og dermed lært utrolig mye nytt. Spesielt smertelindringen har vært lærerrikt og opplysende og ved å kombinere dette med den terminale pasienten, mener vi å ha skrevet om et viktig tema, som alle i helsesektoren burde kunne noe om.

Det vi raskt oppdaget mens vi skrev oppgaven var sammenhengen mellom alt vi skrev om. Alle hovedmomentene i problemstillingen virket inn på hverandre og hadde en viss sammenheng, og det var dermed enklere å kunne holde en rød tråd gjennom oppgaven.

Det som vi helt fra starten av var veldig opptatte av, var å belyse selve smertelindringen i denne prosessen. Det mener vi å ha lyktes med, og kommet frem til måter å bevare den terminale kreftpasientens verdighet samtidig. Vi hadde bestemt oss for å skrive om eldre i denne oppgaven, og vi gjorde et ganske interessant funn når det gjelder kreft og eldre. Forekomsten av kreft blir større jo eldre man blir, og sjansen for å dø av kreft er også da høyere. I tillegg fikk vi ny kunnskap om eldres opplevelse, oppfatning og de fysiologiske forandringer forbundet med smerte og smertelindring. I tillegg fant vi fort ut at det er mange forskjellige svar på vår problemstilling. Man får ikke ett riktig konkret svar, men mange mindre svar, som helst kan kombineres for å gi optimal behandling. I tillegg vil vi igjen trekke fram hvor viktig det er å behandle pasientene individuelt, og det blir dermed flere riktige svar ut fra pasientens situasjon og behov.

Søk av litteratur har til tider vært veldig krevende, og det har vært vanskelig å finne litteratur om både verdighet men også om eldre og kreft, vi mener derfor at oppgaven har en liten svakhet på dette området. En annen svakhet er at vi har brukt sykepleieteoretiker Kari Martinsen som sekundærkilde, i stedet for primærkilde.

**LITTERATURLISTE**

Almås, Hallbjørg (2008). *Klinisk sykepleie bind 1.3.* utgave, 5. opplag. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Brinchmann, Berit Støre (2007). *Etikk i sykepleien.* 1. utgave, 3.opplag. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

\*Colussi AM (2001). The elderly cancer patient: a nursing perspective. *Crit Rev Oncol Hematol*, 39(3):235-45.

Dalland, Olav (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter.* 4. utgave. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

\*Helse- og omsorgsdepartementet (1999). *FN's erklæring om den døendes rettigheter* [online]. URL: [http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/nouer/1999/nou-1999-2/6/2.html?id=351017\(16.04.2010\)](http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/nouer/1999/nou-1999-2/6/2.html?id=351017(16.04.2010))

\*Huang ST, Good M, Zauszniewski JA (2010). The effectiveness of music in relieving pain in cancer patients: A randomized controlled trial. *International Journal Nursing Studies*, [Epub ahead of print].

\*Husebø, Stein Børge og Bettina Sandgathe Husebø (2008). *De siste dager og timer – behandling, pleie og omsorg ved livets slutt.* 4. opplag. Oslo: Medlex Norsk Helseinformasjon.

Jacobsen, Dag, S. E. Kjeldsen, B. Ingvaldsen, K. Lund og K. Solheim (2006). *Sykdomslære – Indremedisin, kirurgi og anestesi.* 1. utgave, 5. opplag. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

\*Kirkevold, Marit (2001). *Sykepleieteorier – analyse og evaluering.* 2. utgave, 2. opplag. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

\*Kirkevold, Marit, K. Brodtkorb og A. H Ranhoff (2008). *Geriatrisk sykepleie – God omsorg til den gamle pasienten.* 1.utgave, 1.opplag. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

- Kristoffersen, Nina Jahren, (2005). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I:  
Kristoffersen, Nina Jahren, Finn Nortvedt og Eli-Ann Skaug (red.). *Grunnleggende sykepleie bind. s.13-99*. 1.utgave, 1. opplag. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- \*McCaffery, Margo og Alexandra Beebe (2001). *Smerter – lærebok for helsepersonell*. 1.utgave, 4.opplag. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- \*Norsk Helse Informatikk (årstall). *Den siste tiden hjemme – smerter og plager kan lindres* [online]. URL: <http://nhi.no/sykdommer/kreft/den-siste-tiden-hjemme/smerter-og-plager-kan-lindres-1819.html> (09.04.2010).
- \*Nortvedt, Finn og Jan Ove Nesse (1997). *Smertelindring – utfordring og muligheter*. 2. utgave. Oslo: Universitetsforlaget.
- \*Nylenna, Magne (2007). *Medisinsk ordbok*. 6. utgave, 3. opplag. Oslo: Kunnskapsforlaget ANS, H. Aschehoug & Co AS og Gyldendal Norsk Forlag ASA.
- \*Pasientrettighetsloven (1999) *Lov om pasientrettigheter*, paragraf 3-1 og paragraf 3-2 [online] Lovdata. URL: <http://www.lovdata.no/cgi-wift/wiftldrens?/usl/www/lovdata/all/hl-19990702-063.html> (23.04.2010).