

Emnekode: SPL 3902
Bacheloroppgave i sykepleie

Kull 07HBSPLD
Gruppe nr.: 705
Gunhild Wetterhus Sylte
Berit Strandlien Rudland

***Hvordan kan hjemmesykepleieren arbeide
kunnskapsbasert for å hjelpe en kreftsyk pasient med
lindring av kvalme i den palliative sykepleien i
kommunen?***

Høgskolen i Gjøvik
Avdeling helse, omsorg og sykepleie
Seksjon for sykepleie
Mai 2011

Antall ord: 10024

Sammendrag av Bacheloroppgaven

Tittel:	Hvordan kan hjemmesykepleieren arbeide kunnskapsbasert for å hjelpe en kreftsyk pasient med lindring av kvalme i den palliative sykepleien i kommunen?	Dato: 6.5.2011
Deltakere:	Gruppe nr.: 705 Gunhild Wetterhus Sylte Berit Strandlien Rudland	
Veileder(e):	Tore Karlsen, Høgskolen i Gjøvik	
Evt. oppdragsgiver:	---	
Stikkord/nøkk elord (3-5 stk)	Kunnskapsbasert sykepleie, kartlegging, kvalmelindring, livskvalitet	
Antall sider/ord: 54 s. - 10024 ord	Antall vedlegg: 5	Publiseringsavtale inngått: ja
<p><i>Kort beskrivelse av Bacheloroppgaven:</i></p> <p>Oppgaven er en litteraturstudie. Den belyser kunnskapsområder sykepleieren trenger i kunnskapsbasert arbeide vedrørende lindring av kvalme. Litteraturen er sykepleiepensum og selvvalgt litteratur innen kvalmefysiologi, kvalmelindring, sykepleieteoretikere, kunnskapsbasert sykepleie, kartleggingsverktøy og samfunnsfag. Avgrensninger er; kartleggingsdelen i beslutningsprosessen, pasienten er en kreftsyk pasient i palliativ fase i hjemmesykepleien. Oppgaven synliggjør at sykepleieren må innhente kunnskaper både ifra teori og forskning, gjøre bruk av egne og andres erfaringer samt inkludere brukermedvirkning for utøvelse av kunnskapsbasert praksis ved kvalmelindring. Konteksten, dvs. hvilke rammebetingelser sykepleieren har, påvirker mulighetene sykepleieren har til å utføre kvalmelindrende sykepleie. Målet med å arbeide kunnskapsbasert er økt kvalitet på sykepleien. Samhandlingsreformen gir nye utfordringer for kommunene, og palliativ pleie utført av hjemmesykepleien kan bli økende i tiden framover. Det tilstrebes å finne årsakene til kvalmen for å behandle disse. Når årsakene ikke er kjent, behandles symptomene. Oppgaven viser hvordan kartleggingsverktøyet ESAS kan være et hjelpemiddel til systematisk og målrettet arbeid med kvalmelindring i hjemmesykepleien. Ved lindring av kvalme i den palliative sykepleien har vi tatt utgangspunkt i det som er <i>målet</i>; å hjelpe pasienten til høyest mulig livskvalitet.</p>		

Abstract of Bachelor Thesis

Title:	How can the community nurse work evidence based in order to help a cankered patient with relief of nausea in Palliative care in community nursing?	Date:	6.5.2011
Participants:	Group no.: 705 Gunhild Wetterhus Sylte Berit Strandlien Rudland		
Supervisor:	Tore Karlsen, College of higher education in Gjøvik.		
Employer:			
Keywords (3-5)	Evidenced based nursing, mapping, nausea relief, quality of life.		
Number of pages/words: 54 pages - 10024 words	Number of appendix: 5	Availability (open/confidential): Open	
<p><i>Short description of the bachelor thesis:</i></p> <p>This thesis is a literature study. It illustrates the knowledge sources the nurse needs in evidenced based nursing concerning to relief of nausea. The literature is set books in our nurse training and self-elected literature within nausea physiology, nausea relief, nurse theoreticians, evidenced based nursing, mapping tools and social studies. The delimitations are; the mapping part in the decision-making process, the patient is a cankered patient in palliative phase in community nursing. This thesis makes visible that the nurse must collect knowledge both from theory and research, make use of own and others experience plus include client participation. The context, i.e. nurse's external conditions, influence in how the nurse will be able to carry out nausea relief nursing. The target of evidenced based nursing is to enhance quality in nursing. The Integrated Healthcare reform (Samhandlingsreformen) gives the local governments new challenges, and palliative care carried out of the community nursing can expand in future. It aims at finding the cause of nausea in order to treat these. When the causes are unknown, will the treatment be symptomatic. This thesis indicates how the mapping tool ESAS can be a support in the systematic and management work with relief of nausea in the community nursing. In the issue relief of nausea, we have based our thesis on what the <i>target</i> is; to help the patient to improve the quality of life.</p>			

Innholdsfortegnelse

Sammendrag av Bacheloroppgaven.....	2
Abstract of Bachelor Thesis	3
1. INNLEDNING MED PROBLEMSTILLING	6
1.1. Bakgrunn og situasjonsbeskrivelse	6
1.2. Utvikling av problemstilling	6
1.2.1. Avgrensninger:.....	7
1.2.2. Oppgavens struktur	8
2. METODE	9
2.1. Søk og presentasjon av litteratur	9
2.1.1. Pensumlitteratur og litteraturanbefalinger	9
2.1.2. Systematisk søk.....	9
2.1.3. Andre kilder	10
2.2. Etske vurderinger	10
2.3. Kildekritikk	10
3. TEORIGRUNNLAGET.....	12
3.1. Sykepleieteori	12
3.1.1. Joyce Travelbees relasjonsteori	12
3.1.2. Kari Martinsens omsorgsfilosofi.....	14
3.2. Kunnskapsbasert sykepleie.....	15
3.3. Beslutningsprosessen.....	17
3.4. Fysiologi ved kvalme	18
3.4.1. Transmittere og reseptorer ved overføring av kvalme.....	21
3.5. Årsaker til kvalme hos kreftpasienter.....	22
3.6. Behandling av kvalme hos kreftpasienter	23
3.6.1. Medikamentell behandling av kvalme hos kreftpasienter	23
3.6.2. Ikke-medikamentell lindring av kvalme hos kreftpasienter.....	24
3.7. ESAS – Kartleggingsverktøy	26
3.8. Palliasjon – begrepet og innholdet	27
3.8.1. Livskvalitet	28

3.9.	Kvalme - forskning og forekomst	29
4.	DRØFTING AV PROBLEMSTILLINGEN.....	30
4.1.	Kunnskapsbasert sykepleie.....	30
4.2.	Livskvalitet	31
4.3.	Sykepleier – pasient relasjon	32
4.4.	Bruk av kartleggingsverktøy	34
4.5.	Kartleggingsprosessen.....	36
4.6.	Aktuelle sykepleietiltak	40
4.7.	Utfordringer og rammebetingelser.	41
4.7.1.	Samhandlingsreformen	42
5.	KONKLUSJON	44
6.	ETTERORD	46
	LITTERATURLISTE	47
	VEDLEGG	50

1. INNLEDNING MED PROBLEMSTILLING

1.1. Bakgrunn og situasjonsbeskrivelse

Som sykepleiere vil vi, uavhengig av hvor vi arbeider, møte mennesker som opplever kreftens inngripen på kroppen. Vi vil stå overfor komplekse problemer og behov hos pasienten, der lindring av symptomer på selve sykdommen samt lindring av eventuelle bivirkninger på behandlingen kan være en utfordring. *Målet* med behandlingen er høyest mulig *livskvalitet*, noe som er et nøkkelord innenfor kreftomsorg. I denne bacheloroppgaven vil vi begrense oss til å se spesifikt på *ett* symptom/bivirkning som både kan komme av selve kreftsykdommen, men også av behandlingen; nemlig *kvalme*.

Bakgrunnen for valg av tema er egne erfaringer fra møte med kreftpasienter som har vært plaget med kvalme som det har vært vanskelig å lindre. Markussen (2005) sier at hele 40-70 % av pasientgruppen med langtkommen kreft plages med kvalme, noe som forteller oss viktigheten av kunnskap om emnet. Vi ønsker å øke våre kunnskaper om hva sykepleieren kan bidra med for å hjelpe pasienter med kvalme-, breknings- og oppkastproblematikk. Denne kunnskapen mener vi kan være av overføringsverdi også til andre pasientgrupper som også plages av kvalme, noe vi kan dra nytte av i vårt senere arbeid som sykepleiere i kommunehelsetjenesten.

Kvalme kan defineres slik: ”Kvalme er et symptom som gir ulike grader av ubehagelige fysiologiske og kroppslige reaksjoner som utløses fra det sympatiske nervesystemet” (Markussen 2005, s. 23).

1.2. Utvikling av problemstilling

Vi har gjennom vår sykepleierutdannelse erfart hvor viktig relevant datasamling er for å kunne kartlegge og prioritere pasientens ulike behov. Sykepleieren skal sammen med pasienten og annet helsepersonell lage mål og gjennomføre tiltak samt evaluere om tiltaket virker. Dette ved bruk av den problemløsende metoden (Kristoffersen 2005), også kalt beslutningsprosessen, som er det begrep vi vil bruke

videre i oppgaven. Krav om faglig forsvarlighet, § 4 i helsepersonelloven, innebærer at sykepleieren må ha kliniske kunnskaper samt ”yte omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra sykepleierens kvalifikasjoner” (ifølge Markussen 2005, s. 14).

Kvalme er et komplekst fenomen, og sykepleieren trenger bl.a. kunnskap om riktig legemiddelhåndtering, men også kunnskap om sammenhengen mellom årsaker til kvalme og antiemetisk behandling (ibid). I tillegg må sykepleieren vite noe om hvor hun kan hente kunnskapen, hvordan hun skal ivareta pasientens autonomi og være bevisst rammevilkårene hun arbeider under.

Dette fører oss til spørsmålet om hvordan vi kan utføre kunnskapsbasert sykepleie (Nortvedt 2007) med fokus på å lindre kvalme hos pasienten. Vi har derfor valgt å gå i dybden på følgende problemstilling:

Hvordan kan hjemmesykepleieren arbeide kunnskapsbasert for å hjelpe en kreftsyk pasient med lindring av kvalme i den palliative sykepleien i kommunen?

Denne problemstillingen kan deles opp i to del-emner: en generell del som omhandler den *kunnskapsbaserte sykepleie*, samt en del som mer spesifikt omhandler *lindring av kvalme*.

1.2.1. Avgrensninger:

1. *Pasientgruppe*: Voksen pasient med kreftdiagnose som har behov for palliativ behandling i kommunal omsorg/hjemmetjeneste.
2. Hovedfokuset er på *datainnsamling/kartlegging* av årsaker til kvalme i beslutningsprosessen. Vi tar allikevel med kort om tiltak og behandlingsmuligheter da dette danner et viktig grunnlag for kartleggingsprosessen.
3. Fokuset er det som skjer mellom sykepleieren og pasienten. Viktige samarbeidspartnere som pårørende og annet helsepersonell er viet lite plass denne gangen.

1.2.2. Oppgavens struktur

Vi har valgt å ha teorikapittelet og drøftingskapittelet hver for seg. Teorikapittelet presenterer en relativt bred teoretisk bakgrunn med naturvitenskapelige, åndsvitenskapelige og samfunnsvitenskapelige fag. Dette for å synliggjøre kompleksiteten i kunnskapsbehovet til sykepleieren. Vi gir en innføring i kvalmefysiologi, årsaker til kvalme samt medikamentell- og ikke medikamentell behandling. Vi presenterer kunnskapsbasert sykepleie (Nortvedt 2005) samt beslutningsprosessen, og ser på bruk av kartleggingsverktøy. Forskning, forekomst, palliasjon og livskvalitet presenteres også.

Vi vil gjennom drøftingsdelen vise hvordan vi tenker at de to del-ennene i problemstillingen henger nøye sammen, og hvordan bevisst bruk av ulike kunnskapskilder er en forutsetning for å hjelpe pasienten med lindring av kvalme. Dette basert på både teori, forskning, erfaringer og brukermedvirkning.

Vi fokuserer på sykepleieren og pasienten i det lindrende arbeidet. Vi drøfter målrettet kommunikasjon i et gjensidig tillitsforhold mellom pasienten og sykepleier som viktig i kartleggingsarbeidet ut fra Travelbee og Martinsen sine sykepleieteorier. I tillegg drøfter vi det sentrale begrepet livskvalitet, og vil også se på konteksten; hvilke rammevilkår har hjemmesykepleieren til å arbeide kunnskapsbasert. Vi vil her se på samhandlingsreformen i lys av vår problemstilling.

2. METODE

Denne oppgaven er en litteraturstudie med antall ord som avgrensning. Bakgrunnen for valg av metode er krav og retningslinjer ved bachelorutdanningen i sykepleie på HIG. Valg av metode viser framgangsmåten som brukes for å løse problemstillingen, og at målet er å komme fram til ny kunnskap (Dalland 2007). Ut fra dette har vi belyst vår problemstilling gjennom litteratur, erfaringer fra hospitering ved Oslo universitetssykehus, Ullevål (OUU), seksjon for lindrende behandling, sengepost, Kreftsenteret (30.03.2011) og Kompetansesenteret for lindrende behandling (KSLB) ved OUU (30.03.2011) samt sykepleierutdannelsens praksisperioder (2008 – 2011).

2.1. Søk og presentasjon av litteratur

Ut fra vår problemstilling ønsket vi litteratur med behandlingsfokus og sykepleiefokus innen kvalme hos kreftpasienter i palliativ fase, bruk av kartleggingsverktøy, sykepleierens anvendelse av kunnskapsbasert praksis og sykepleieteorier.

2.1.1. Pensumlitteratur og litteraturanbefalinger

Vi har hentet litteratur fra obligatorisk skolepensum i sykepleieutdanningen og selvvalgt litteratur. Ved innhenting av kilder har vi ikke brukt PICO-skjema, da samtaler med kompetansepersoner og veiledning ved biblioteket på HIG ga oss søkeordene og litteraturtipsene vi trengte. Relevant pensumlitteratur er fra lærebøker i sykepleie, sykdomslære og kunnskapsbasert praksis. Den selvvalgte litteraturen fikk vi ved hjelp av anbefalinger fra spesialsykepleier ved KSLB; artikler angående palliasjon/kvalme, retningslinjer om palliasjonsbehandling, lærebøker innen kreft og palliasjon. Litteraturanbefalingene søkte vi deretter opp via google og BIBSYS.

2.1.2. Systematisk søk

Vi leverte problemstillingen med forklaring til bibliotekar ved HIG, og hun foreslo relevante søkeord. Søkeordene vi brukte var ”nausea” med 1510 treff, ”nausea and vomiting” med 1282 treff, ”attitude” med 83215 treff. Da kom forslaget ”attitude of

health personal” opp som vi søkte med 28834 treff. Deretter kombinerte vi ”nausea and vomiting” AND ”attitude of health personal”, og fikk 18 treff (vedlegg 1). Vi fant her den relevante forskningsartikkelen til Slåtten K., L. Fagerstrøm og O. Hatlevik (2010).

2.1.3. Andre kilder

I tillegg har vi brukt foredraget til onkolog Knut Fjæstad (28.01.2011), samtaler med spesialsykepleier Sjur B. Hanssen ved KSLB, samtaler med sykepleiere og pasienter ved sengeposten ved den lindrende enheten på Ullevål og egne opplevelser i praksis.

2.2. Etiske vurderinger

Vårt mål om å komme med ny kunnskap, må ikke gå på bekostning av noen sin integritet og velferd (Dalland 2007). I oppgaveprosessen vår har vi hentet informasjon og kunnskap fra andre, og gjort det om til vår nye kunnskap. Dette stiller krav til oss om å reflektere i forhold til etiske prinsipper innen oppgaveskriving og forskning. Vi har etter beste evne formidlet kunnskap fra andre slik vi har forstått deres budskap. Direkte sitat samt omformulert tekst refererer vi med kildehenvisninger etter Harvards metode, slik retningslinjene til oppgaveskriving ved sykepleierutdannelsen ved HIG krever.

Ved eksempler fra hospitering og praksis, er personvernet ivaretatt med hensyn til anonymitet (Dalland 2007). Når det gjelder foredragsnotater, har vi muntlig avtaler med onkolog Knut Fjæstad og spesialsykepleier Hanssen ved KSLB om tillatelse til å bruke foredragsnotater og samtaler vi hadde med dem i vår oppgave. Vi vurderer med dette oppgaven som etisk forsvarlig.

2.3. Kildekritikk

Dalland (2007) sier at ”kildekritikk betyr å vurdere og karakterisere den litteraturen som er benyttet” (s.81). Relevans og gyldighet i forhold til problemstillingen må vurderes sammen med litteraturens pålitelighet.

Problemstillingen vår utviklet vi tidlig i skriveprosessen. Dette hjalp oss i arbeidet med å finne relevant og gyldig litteratur. Vi ble tidlig bevisste på hva vi lette etter. Dette var hensiktsmessig da vi samlet litteraturanbefalinger hos spesialsykepleier ved KSLB, vår veileder og ved søk i helsefaglige databaser under veiledning fra bibliotekar ved HIG.

Ressurspersonene våre har faglige kunnskaper om forskningsetikk og krav til gyldighet, relevans og validitet. Det har gjort at vi har stolt på litteraturanbefalingene. Litteraturen vi har funnet på egen hånd gjennom bibliotek og google, har vært lærebøker på faglig høyskolenivå, samt offentlig godkjente dokumenter. Til sammen ga dette oss flere kilder innen palliativ behandling, og færre som kun baserer seg på kvalme. Angivelig skyldes dette at det ikke er forsket så mye på fenomenet kvalme (Jordhøy m.fl. 2005).

Særlig stor relevans angående kvalme, hadde Markussen (2005), Jordhøy m.fl.(2005) og Helsedirektoratet (2010) der kvalmebehandling er et eget kapittel. WHO's definisjon på palliasjon (vedlegg 2) ble og betydningsfull. Foredraget til onkolog Knut Fjæstad om kvalme hos kreftpasienter ga oss stor inspirasjon og faglig utbytte til oppgaven. Forskningsartikkelen til Slåtten K., L. Fagerstrøm og O. Hatlevik (2010) var svært relevant i forhold til sykepleiers kompetanse og bruk av kartleggingsverktøyet ESAS. Validiteten må ses som høy, da artikkelen er fagfelleurdert (ifølge bibliotekar på HIG).

Vi har i flere tilfeller brukt sekundære kilder i vår litteraturstudie, det vil si andre forfatteres tolkning av den primære kilden. Problemstillingen vår ga oss et stort og bredt litteraturgrunnlag, og derfor foretok vi prioriteringer når det gjelder å lete opp primære kilder. Ved framstilling av blant annet sykepleieteoretikerne Travelbee og Martinsen, valgte vi Kristoffersen (2005) sin tolkning. Vi er klar over at sekundære kilder kan svekke det egentlige budskapet til den primære kilden, og kan derfor bli en svakhet i oppgaven.

3. TEORIGRUNNLAGET

Vi presenterer teoretisk kunnskap som vi mener belyser vår problemstilling. Det er teori om kunnskapsbasert sykepleie og beslutningsprosessen i sykepleien med vekt på datasamling/kartlegging, samt teori om kvalme og kvalmelindring. I tillegg trenger sykepleieren kunnskap om målrettet kommunikasjon. For at det skal være kvalitet på datasamlingen, må sykepleieren vite hva hun skal observere eller spørre pasienten om. Derfor presenterer vi teori om kvalme; fysiologi, sykdomslære og årsaksfaktorer til kvalme i forhold til cancerdiagnoser. Konteksten sykepleieren arbeider innenfor, det vil si hvilke muligheter og begrensninger hun har på sitt arbeidssted, jmfør Nortvedt (2007), er også med som vårt teorigrunnlag.

3.1. Sykepleieteori

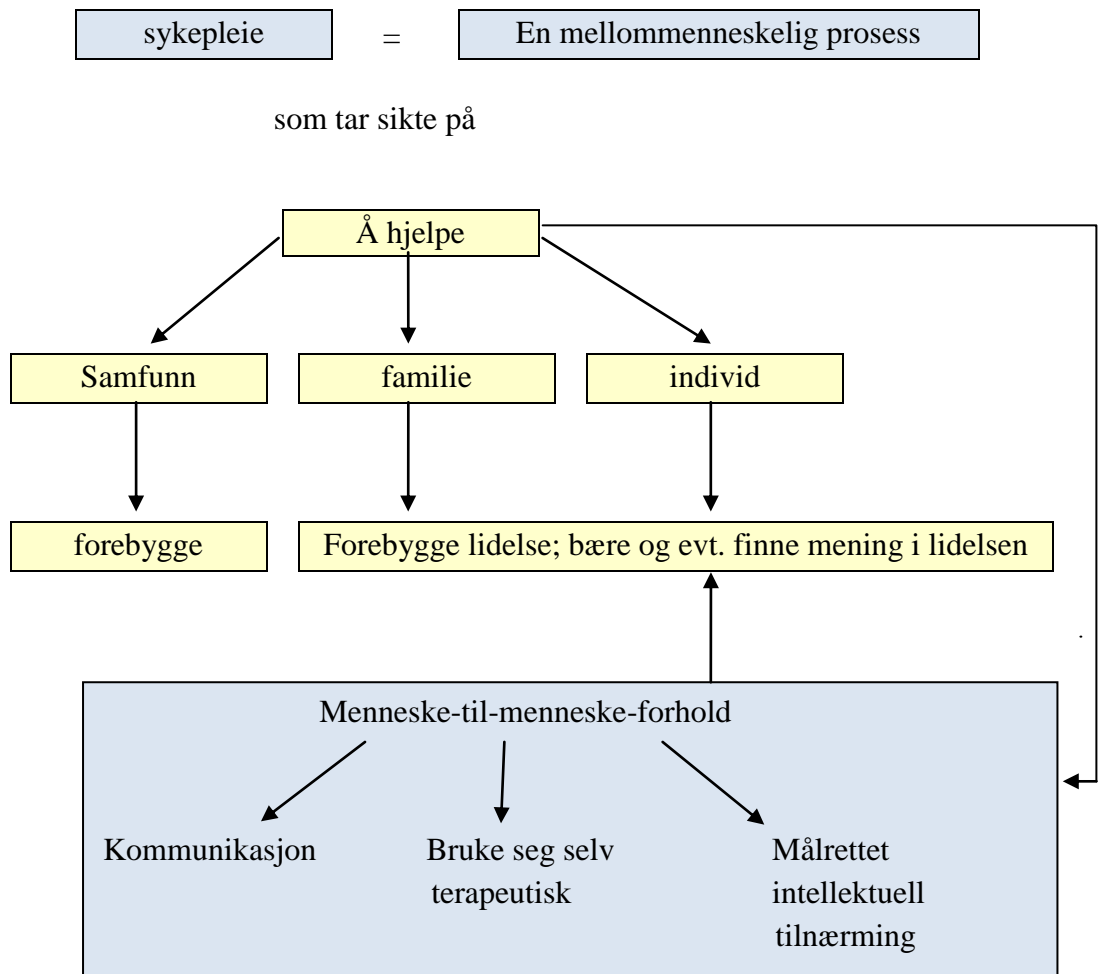
3.1.1. Joyce Travelbees relasjonsteori

Sykepleieteoretiker *Joyce Travelbee*, født i 1926, rettet sin oppmerksomhet spesielt mot samhandling mellom sykepleier og pasient. Hun sier at kommunikasjon er sykepleierens viktigste redskap og sykepleiens mål og hensikt oppnås kun gjennom et virkelig menneske-til-menneske-forhold. Målrettet intellektuell tilnærming og det og bruke seg selv terapeutisk er andre viktige punkt i sykepleierens arbeid.

Likeverdigheten mellom pasienten og sykepleieren vektlegges, og begrepet roller ses bort fra. Etableringen av forholdet foregår gjennom en interaksjonsprosess med følgende faser: det *innledende møte*, framturen av *identitet* hos pasienten og sykepleieren, *empati*; ”evnen til å tre inn i eller ta del i og forstå den psykiske tilstanden som en annen person er i der og da” (ibid s. 30). Deretter *sympati*; ønske om å hjelpe. Tilslutt *etableringen av gjensidig forståelse og kontakt* der sykepleieren både har et ønske om å hjelpe, og har de nødvendige kunnskaper og ferdigheter som samsvarer med pasientens behov (Kristoffersen 2005). Travelbee hevder (ifølge ibid) at

”Å bli kjent med pasienten som person, og å kunne identifisere hans særegne behov, er en forutsetning for å kunne planlegge og utføre en sykepleie som er i samsvar med hans behov” (bind 4, s. 32).

Om det å bruke seg selv terapeutisk sier Travelbee kjennetegner en profesjonell sykepleier. Det vil i praksis si ”at en bruker sin egen personlighet på en bevisst og hensiktsmessig måte i samhandlingen med pasienten” (ibid, bind 4 s. 32). Hensikten er forandring, og denne er terapeutisk når den fører til en reduksjon eller lindring av plagene. Travelbee sier videre at sykepleieren bruker målrettet intellektuell tilnærming til pasienten for å hjelpe han til å mestre sin situasjon, og om mulig finne mening med sykdom og lidelse. Sykepleieren bruker sin fagkunnskap og innsikt i en systematisk tilnærming som kan sammenlignes med den problemløsende metode/beslutningsprosessen, som presenteres senere. Oppsummert kan Travelbees begreper illustreres slik:



Figur 1: Sammenhengen mellom de ulike begrepene i Travelbee sin sykepleieteori (bind 4, s. 33).

3.1.2. Kari Martinsens omsorgsfilosofi

Kari Martinsen (født 1943) med sin omsorgsfilosofi, kan sees som en kritiker til andres teorier om sykepleie som fag og yrke, sier Kristoffersen (2005). Blant annet problematiserer hun kunnskapsbegrepet og sier at forskning først og fremst skal være opptatt av å avdekke praktisk kunnskap. Hun sier at sykepleierens faglige skjønn og praktiske kunnskap er mye viktigere enn teoretisk kunnskap, og fremhever mesterlærling-prisippet som gunstig.

Martinsen legger stor vekt på begrepet *omsorg*;

(...)som en grunnholdning og en generell tilnæringsmåte, der den fundamentale verdien er ansvaret for den svake. (...) solidaritet med de svake er omsorgens og sykepleiens grunnlag” (Ibid, bind 4 s. 63).

Selv om sykepleieren og pasienten er *likeverdige*, er de ikke *likestilte*, sier Martinsen (ifølge ibid). Avhengigheten pasienten har av sykepleierens kompetanse, gjør relasjonen asymmetrisk. Dette gjør pasienten sårbar overfor sykepleierens handlinger. Sykepleieren må ha oppmerksomhet på pasientens subjektive opplevelse av lidelse, og sykepleien gjøres på *pasientens premisser*. Dette vil styrke hans livsmot. Sentimental (egne følelser) eller formynders (bedrevitende) sykepleie er på sykepleierens premisser. For at omsorg skal ytes på pasientens premisser, må sykepleierens personlige engasjement med innlevelse i pasientens situasjon være tilstede. I spenningsfeltet mellom sykepleierens formynderholdning og pasientens autonomi, fremheves svak paternalisme som gunstig når sykepleieren bruker sin faglige merforståelse med hensikt å gagne pasienten.

Martinsen skiller mellom de *friske* syke og de *syke* syke, og som gjenspeiler *vekstomsorg* og *vedlikeholdsomsorg* (ifølge ibid). Hun kritiserer den moderne tenkningen hun kaller formålsrasjonaliteten innen sykepleie som vektlegger pasientgrupper hvor målet er at de skal bli selvhjulpne (vekstomsorg), og at det i mindre grad prioriteres de som ikke kan gjenvinne selvstendighet (vedlikeholdsomsorg). Dette betyr ikke at Martinsen utelukker noen pasientgrupper,

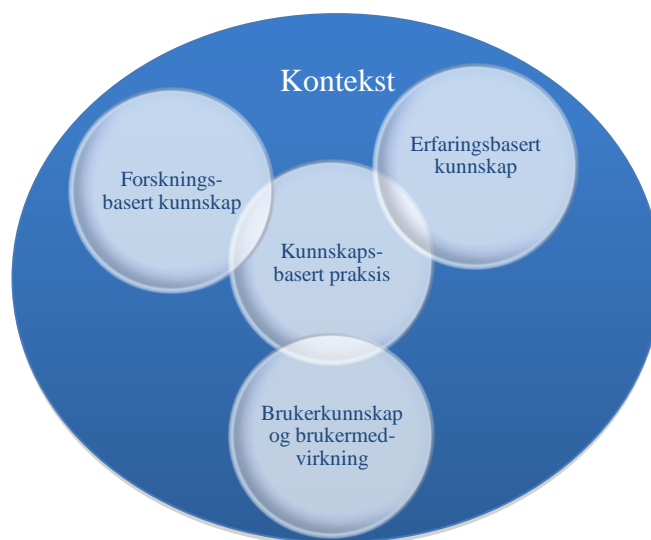
men kan ses som en sterk oppfordring til politikere om å tenke gjennom ansvaret samfunnet har for de mest hjelpetrengende.

3.2. Kunnskapsbasert sykepleie

Kunnskapsbasert sykepleie, eller Evidence based nursing som er det engelske synonymet, er et begrep som er definert på litt ulike måter. Nortvedt (2007) sier at kunnskapsbasert sykepleie kan defineres slik:

Å utøve kunnskapsbasert sykepleie er å ta sykepleiefaglige avgjørelser basert på systematisk innhentet forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og pasientens ønsker og behov i den gitte situasjonen (s. 15).

Modellen i Nortvedt (2007) illustrerer kunnskapsbasert praksis:



Figur 2: Modell for kunnskapsbasert praksis (ibid, s. 14).

Forskingsbasert kunnskap: I denne modellen er det anvendt forskning som er rettet mot bestemte praktiske mål eller tiltak vi er ute etter.

Erfaringsbasert kunnskap: For å beskrive denne kunnskapen brukes ord som ”skjønn, taus kunnskap, klinisk blikk, intuisjon eller klinisk ekspertise” (ibid, s.16).

Det er evnen sykepleieren har til å bruke kunnskapsbasert-praksis-modellen i virkeligheten.

Bruerkunnskap: Her kommer brukermedvirkning inn og demokratisering av helsevesenet. Sykepleierens rolle blir å komme fram til løsninger sammen med brukeren.

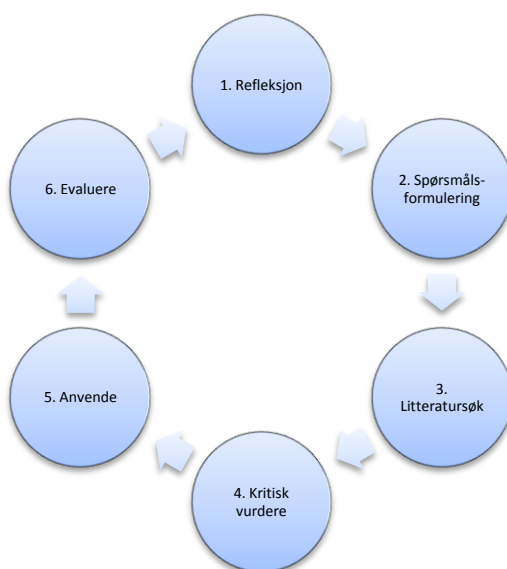
Kontekst: Med dette menes miljøet rundt kunnskapskildene. Det vil si kultur, politikk, ressurser, etiske forhold og forståelsesramme.

Nortvedt (2007) sier dette om å sette modellen sammen:

En god sykepleier integrerer kunnskap fra forskning sammen med sin erfaringsbaserte kunnskap og sine ferdigheter på en slik måte at pasienten oppnår optimal sykepleie. Empati og evne til kommunikasjon er også nødvendig for å få dette til. Likeledes er det viktig og vurdere konteksten dette foregår innenfor (s. 17).

Følgende trinn er vanlige i utøvelsen av kunnskapsbasert praksis (Nortvedt 2007):

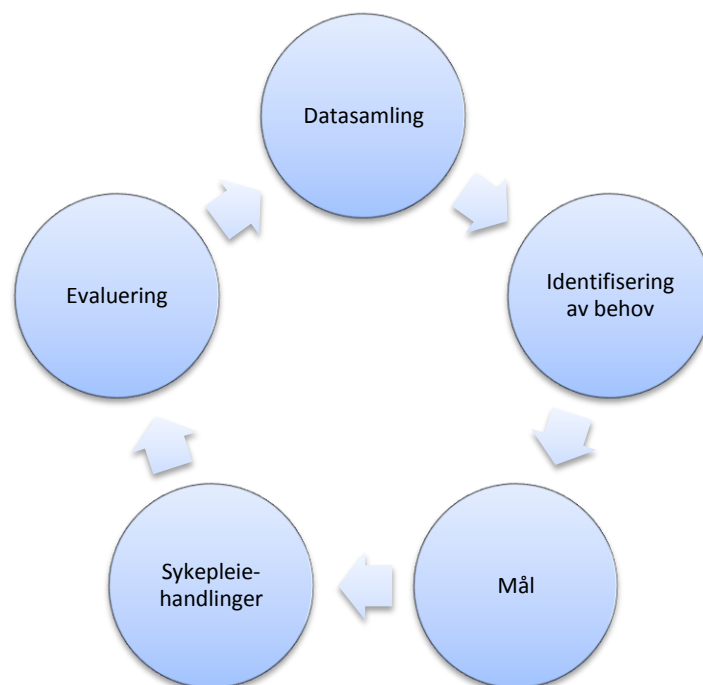
- Formulere et godt spørsmål
- Finne forskningsbasert kunnskap
- Kritisk vurdere kunnskapen
- Integre gyldig og anvendbar forskningsbasert kunnskap med erfaringsbasert kunnskap og brukerens preferanser og overføre dette til praksis
- Evaluere egen praksis (s. 18).



Figur 3: Trinnene i kunnskapsbasert praksis (ibid, s. 18).

3.3. Beslutningsprosessen

Fasene i den problemløsende metode/beslutningsmodellen er deler av en prosess som går kontinuerlig, hvor fasene overlapper og påvirker hverandre, sier Kristoffersen (2005). Eksempelvis vil evaluering av om målet er nådd, og om sykepleiehandlingen ga ønsket virkning, kunne sette i gang sirkelen på nytt – dvs. være ny datasamling, så vel som en avslutning av handlingsrekken.



Figur 4: Fasene i beslutningsprosessen (ibid, bind 1 s. 192).

Kristoffersen (2005) understreker at modellen er et redskap som ikke gir resultat i seg selv, men det kommer an på dyktigheten til den som bruker redskapet. Sykepleieren må vite hva som er fokuset, og videre må problemløsning i en sykepleiesammenheng knyttes til ivaretagelse av pasientens grunnleggende behov. Det er viktig at beslutninger gjøres sammen med pasienten, og ikke for pasienten (ibid).

3.4. Fysiologi ved kvalme

Lehne m.fl. (2009) presiserer i Cytostatikaboken at ”vellykket behandling av kvalme og brekninger/oppkast forutsetter kunnskap om patofysiologiske mekanismer, tilgjengelige antiemetiske regimer, emetogent potensiale av ulike cytostatika og psykologiske forsterkningseffekter” (s.119). Forståelse for disse mekanismene vil ha stor betydning ved kartlegging av kvalme, samt ved valg av tiltak og behandling.

Biologisk sett er kvalme, brekninger og oppkast hensiktsmessige reaksjoner som kan betraktes som beskyttelsesmekanismer når en person får i seg et giftstoff (Markussen 2005). Hjernen vil da via ulike ledningsbaner motta signaler som stimulerer kvalmesenteret, og brekningsrefleksjonen utløses for å fremkalle oppkast.

I Tidsskriftet for den Norske Lægeforening (Nr. 5, 2006) sies det at man noe forenklet fremstilt kan si at kvalmen styres av to separate sentre:

- Kjemo reseptortriggersonen (i area postrema i bunnen av fjerde ventrikkel i hjernestammen).
- Breknings senteret, som også ligger i hjernestammen.

Breknings senteret mottar signaler fra kjemo reseptortriggersonen, hjernens cortex (hjernebarken), hjernestammen, thalamus, hypotalamus og vestibularis apparatet (Tidsskrift for den Norske Lægeforening, 2006).

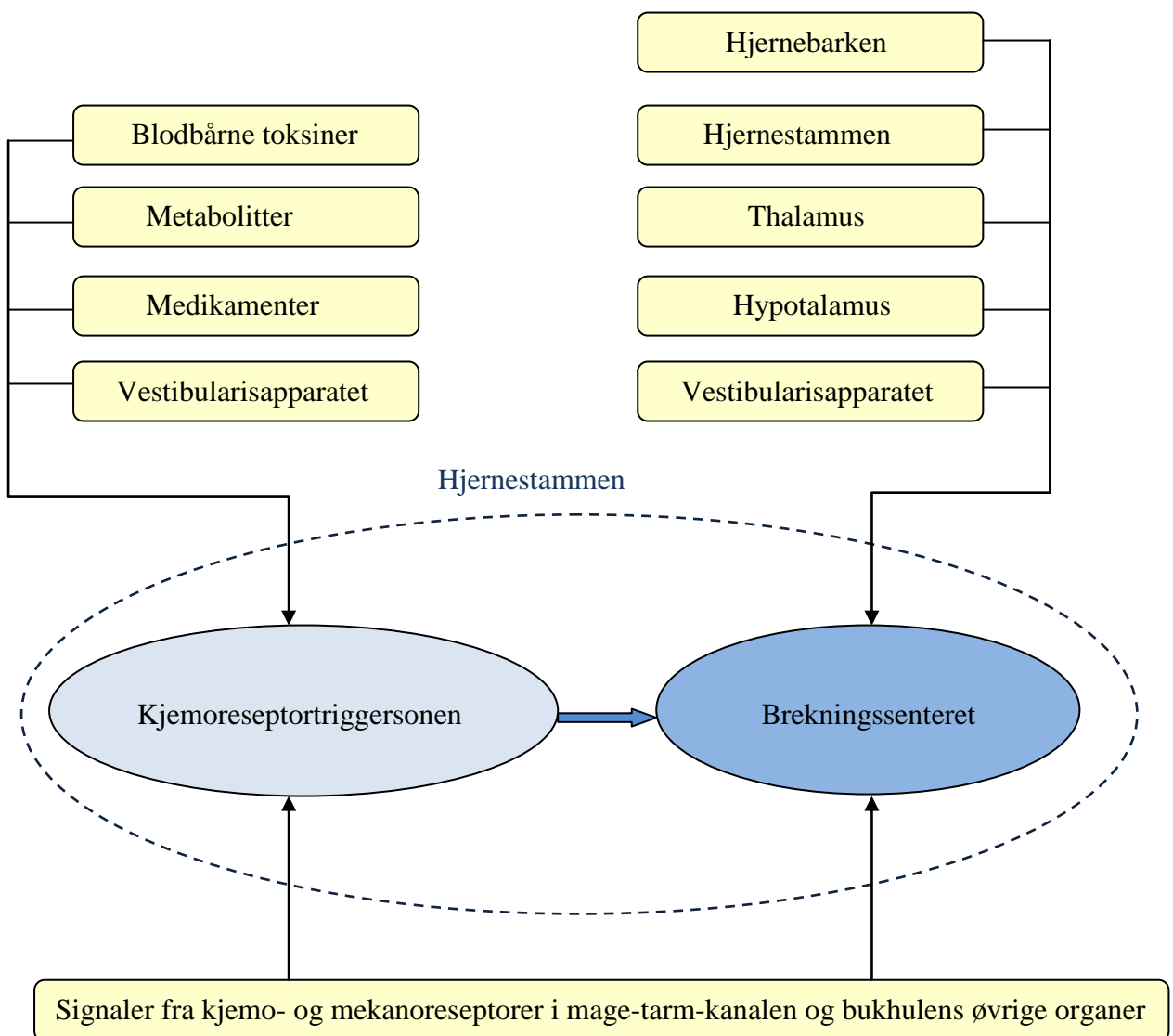
Kjemo reseptortriggersonen blir på sin side påvirket av blodbårne toksiner, metabolitter, medikamenter, samt signaler fra vestibularis apparatet. Også feil konsentrasjon av andre stoffer i blodet (for eksempel kalsium, kreatinin, karbamid, glukose, albumin etc.) vil oppfattes som toksisk og føre til kvalme ifølge Fjæstad (28.01.11).

Både breknings senteret og kjemo reseptortriggersonen mottar signaler fra kjemo- og mekanoreseptorer i mage-tarm-kanalen og buk hulens øvrige organer (Tidsskrift for den Norske Lægeforening (2006).

Brekningscenteret

Selve brekningscenteret er et stort område av hjernestammen (Markussen 2005). Brekninger skyldes ikke, slik man lett kan tro, kontrahering av magesekken, men derimot kontraksjoner i respirasjonsmuskulaturen (diafragma).

Det er viktig å merke seg at kvalmeimpulsene overføres via ulike ledningsbaner, først og fremst via blodbanen eller via nervesystemet.



Figur 1: Påvirkning av kjemoreseptortriggersonen og brekningscenteret skjer via flere ulike mekanismer – felles er at de utløser en følelse av kvalme. (Egen ill.).

Kvalmesenteret (brukes her synonymt med brekningssenteret) mottar signaler via flere ulike ledningsbaner i kroppen. Ledningsbanene kan deles inn i fire hovedområder (Markussen 2005):

1. Kvalmestimuli fra mage-tarm-kanalen
2. Kjemoreseptortriggersonen i area postrema
3. De høyere hjernesentrene
4. Labyrinten i det indre øret (vestibularisapparatet)

Ledningsbaner fra mage-tarm-kanalen

Mage-tarm-kanalen har to typer reseptorer som overfører kvalmestimuli: kjemoreseptorer og mekanoreseptorer (Markussen 2005). Kjemoreseptorene i magesekken og tolvfingertarmen vil reagere på stoffer som skaper irritasjon. Den venøse drenasjen fra magesekk og tolvfingertarmen skjer via portvenen i leveren. Stoffer som er absorbert gjennom matinntak/tarmsystemet, vil dermed bli registrert både i tarmen, leveren og kjemoreseptortriggersonen via den systemiske blodsirkulasjonen.

Mekanoreseptorene virker på en noe annen måte. De registrerer overstrekking av magesekken eller duodenum og reagerer på endringer i magesekkens bevegelsesmønster (Markussen 2005).

Når kjemoreseptorene eller mekanoreseptorene blir påvirket, sendes det kvalmeimpulser til hjernen via nervus vagus (Markussen 2005).

Kjemoreseptortriggersonen i area postrema

Dersom et giftstoff injiseres direkte i blodbanen, slik som for eksempel tilfellet er med cytostatika, vil det svært raskt bli registrert i kjemoreseptortriggersonen. Også stoffer frigjort fra kroppsvev, eller medikamenter og metabolitter som sirkulerer i blodbanen vil registreres i kjemoreseptortriggersonen via den systemiske blodsirkulasjonen (Markussen 2005).

Kjemoreseptortriggersonen i area postrema er lokalisert i hjernen, men ligger utenfor blod-hjerne-barrieren og kan derfor påvirkes av kjemiske substanser som sirkulerer i blodet (Slørdal og Rygnestad 2007). Dette kan utnyttes i tilfeller der det er ønskelig med perifer virkning av et medikament uten at sentralnervesystemet påvirkes (ibid).

De høyere hjernesentrene

De høyere hjernesentre omfatter hjernebarken og det limbiske system, og påvirkes av følelser, tanker, syn og lukt (Markussen 2005). Kvalme utløst av disse faktorene kalles forventningskvalme. Ved forventningskvalme sendes impulsene direkte fra de høyere hjernesentre til brekningsenteret.

Labyrinten i det indre øret

Også bevegelse kan framkalle kvalme på grunn av forstyrrelser i vestibularisapparatet i det indre øret.

3.4.1. Transmittere og reseptorer ved overføring av kvalme

En rekke neurotransmittere og reseptorer er involvert i signaloverføringene i kjemoreseptortriggersonen og brekningsenteret (Tidsskrift for den Norske Lægeforening (2006; 126:620-3).

Kvalmestimuli fra tarmen og blodbanen formidles blant annet via:

- dopaminreseptorer
- serotoninreseptorer
- nevrokininreseptorer

Impulser fra det indre øret (bevegelseskvalme) formidles via:

- kolinerge reseptorer
- muskarinreseptorer
- histaminreseptorer

For hver av de aktuelle transmitterne er det utviklet antiemetika (kvalmestillende legemidler) som fungerer som antagonister (Markussen 2005). Det er da viktig at pasienten får antiemetika ut ifra hvilke transmittere den blokkerer.

Dette betyr også at legemidler som blokkerer dopamin- og serotoninreseptorene i disse banene, har effekt ved cytostatikakvalme og kirurgisk kvalme, men ikke ved reisesyke, mens antikolinerge midler og antihistaminer har effekt ved reisesyke, men ikke ved cytostatikakvalme og kirurgisk kvalme (Slørdal og Rygnestad 2007).

3.5. Årsaker til kvalme hos kreftpasienter

Kvalme hos kreftpasienter kan i følge onkolog ved Sykehuset Innlandet, Knut Fjæstad (foredrag 28.01.11) ha flere ulike årsaker. Aktuelle årsaker kan være:

- Medikamenter. I prinsippet kan alle medikamenter gi kvalme på grunn av at legemidlene kommer i kontakt med reseptorer i gastro-intestinaltractus, og kan der virke irriterende. NSAID's, opioider, antibiotika og cytostatika er spesielt aktuelle hos kreftpasienter. Stoffet som går direkte i blodbanen gjenkjennes som fremmede i kjemoreseptortriggersonen (ibid).
- Pasienten har endret "livssituasjon" relativt raskt. Dvs. han kan ha redusert lever/nyrefunksjon, være dehydrert, ha endret metabolisme eller kroppsvekt. Dette vil føre til endringer i blodets sammensetning og endrede konsentrasjoner av ulike stoffer vil bli oppfattet som kroppsforemmed "gift".
- Obstipasjon. Fører til mekanisk irritasjon i gastro-intestinaltractus.
- Gastritt, ulcus og alle andre typer mekanisk eller kjemisk irritasjon.
- Romoppfyllende prosesser i abdomen (stor lever, ascites, tumorer).
- Tumorinnvekst i øsofagus, ventrikkel, duodenum, tynntarm, tykktarm (irritasjon av reseptorer pga mekanisk irritasjon).
- Infeksjoner. Alle typer infeksjoner, bakterier, sopp (kjemisk irritasjon).
- Metabolske årsaker. Spesielt kan hyperkalsemi opptre ved frigjøring av kalsium fra skjelettmetastaser. Hyperkalsemi vil også oppfattes som et

fremmedstoff i blodbanen, og dermed påvirke kjemoreseptortriggersonen og føre til kvalme.

- Intrakraniell trykkstigning (ved tumorvekst, ødemer eller stigning av væskevolumet).
- Strålebehandling med mage-tarmtractus i strålefeltet.
- Smerter (kjemisk og mekanisk irritasjon).
- Kachexi (underernæring) med autonom svikt i terminalt stadium.
- Påvirkning fra vestibularisapparatet.
- Psykisk (forventningskvalme, angst).

Behandling med noen typer cytostatika er ofte årsak til uttalt kvalme hos kreftpasienter (Slørdal og Rygnestad 2007). Men inntrykket av at cytostatika generelt gir kvalme og oppkast er i følge Slørdal og Rygnestad (2007) ikke alltid korrekt. Det er imidlertid viktig å være klar over at cytostatika ofte gir skader i epitellaget i fordøyelseskanalen, noe som kan forårsake kvalme senere i sykdomsforløpet.

3.6. Behandling av kvalme hos kreftpasienter

Helsedirektoratet (2010) framholder i sine generelle prinsipper for symptomlindring at man:

1. Kartlegger årsaken
2. Behandler årsaken så sant det er mulig
3. Individualiserer behandlingen
4. Gjør behandlingen så enkel som mulig
5. Gjør en fortløpende vurdering av effekt og bivirkninger

3.6.1. Medikamentell behandling av kvalme hos kreftpasienter

Onkolog ved Sykehuset Innlandet, Knut Fjæstad presiserte (i foredrag 28.01.11) at peroral medisinerer til pasienter med kvalme er bortimot forgjeves, da medikamentet ikke blir absorbert. Både ved kreftsykdom og kvalme skjer endringer i slimhinnene i ventrikkelen som gjør at ulike stoffer ikke absorberes like godt fra mage-tarm-systemet som tidligere (Knut Fjæstad 28.01.11). Dette gjelder alle

legemidler, og dermed også kvalmestillende (antiemetika). Andre alternativer vil derfor være aktuelle (ibid), og injeksjoner eller intravenøs tilførsel av legemidler vil ofte være mest hensiktsmessig.

Ved medikamentell behandling av kvalme er virkningsmekanismen for de fleste medikamenter å blokkere impulsoverføringene (Knut Fjæstad 28.01.11). Markussen (2005) poengterer at alle kvalmemedikamenter også har sine begrensninger, og at det er ikke alltid en klarer å lindre kvalmen. Det er imidlertid viktig at sykepleieren kjenner sin rolle og sitt ansvar i forhold til medikamenthåndtering. Videre at hun/han har kunnskaper om farmakologi, og kan foreta selvstendige vurderinger av den kvalmebehandlingen som legen har fastsatt.

3.6.2. Ikke-medikamentell lindring av kvalme hos kreftpasienter

Forebygging

Forventningskvalme (betinget kvalme) er en betinget respons som kan utløses av pasientens tidligere erfaringer, angst eller uro (Markussen 2005). For eksempel kan lukten av bestemte typer kjemikalier, gjenkjennelse av leger og sykepleiere fra tidligere behandling, urolighet før en ny behandlingskur osv. utløse kvalme. En av grunnene til dette er at stress frigjør hormoner til blodbanen og dette kan utløse kvalmefølelse (ibid). Angst og uro vil også føre til økt adrenerg aktivitet, noe som igjen stimulerer kvalmefølelsen. Den beste behandling for denne type kvalme er forebygging.

Ved forventningskvalme sendes impulsene direkte til brekningssenteret via de høyere hjernesentrene som også kontrollerer mange følelsesmessige reaksjoner (Markussen 2005). Dette fører til at pasienten begynner å svette, respirasjonsfrekvensen og pulsen øker, og pasienten kan få kraftig hjertebank. Også i Cytostatikaboken (2009) framheves forebygging som det mest virksomme tiltak mot betinget kvalme.

Psykisk støtte – psykososiale behov

Følelsesmessig stress som fører til kvalme er en alvorlig situasjon for pasienten, samtidig som det er fysisk svært krevende. Pasienten må da få hjelp til å mestre situasjonen. Markussen (2005) påpeker at stress og anspenhet kan reduseres med ikke-medikamentelle metoder dersom sykepleieren er oppmerksom på dette. Hun refererer til flere studier som viser til at redusert anspenhet gir mindre forventningskvalme. Markussen (2005) framhever at kartlegging av pasientens opplevelser kan være særlig viktig i slike situasjoner. Sykepleieren kan da bruke sine kommunikasjonsevner til å fange opp i hvilke situasjoner kvalmen oppstår, og hva som muligens kan påvirke dette. Det er da viktig å merke seg også den ikke-verbale informasjonen.

Væskebehandling – unngå dehydrering

En pasient med mye kvalme klarer ofte ikke å drikke tilstrekkelig. Brekninger og oppkast kan tappe pasienten for ytterligere væske og elektrolytter. En god væske- og elektrolyttbalanse er også avgjørende for de fleste funksjoner i kroppen. Blant annet er det viktig for nyrefunksjonen og utskillelse av urin (Markussen 2005). Det vil da bli økt konsentrasjon av urinstoff (karbamid) og elektrolytter i blodet, noe som igjen kan forsterke kvalmen.

Munnhygiene

God munnhygiene er viktig for at pasienten skal føle seg vel, og er derfor av betydning for i hvilken grad pasienten føler seg kvalm for eksempel ved måltider. Dette blant annet på grunn av at en ren/uren munnhule kan påvirke smakssansen.

I følge Markussen (2005) er god munnhygiene også viktig for å unngå skader og plager forårsaket av kvalme og oppkast. Dette kan være forebygging av infeksjoner samt etseskader på tannemaljen som følge av kvalme og oppkast.

Alternativ adferdsterapi

Markussen (2005) nevner flere alternative metoder som med vekslende resultat har vært brukt innen alternativ kvalmebehandling. Dette er metoder som avslapningsteknikker, fantasireiser, fotmassasje osv.

I cytostatikaboken (2009) nevnes en kognitiv teknikk som kalles Systematisk desensitivisering. Dette er en teknikk som går ut på at sykepleieren i en avslappet atmosfære hjelper pasienten til å gjennomgå i tankene hele den begivenhetsrekken som opprinnelig ledet fram til kvalmen (for eksempel tanken på videre behandlinger, spesielle lukter etc.), slik at avslapning skal overta som betinget respons framfor kvalme.

I tillegg vil fysisk aktivitet redusere stresshormoner i blodet, og dermed også kvalmefølelsen (Markussen 2005).

Ernæringsråd for å redusere kvalme (forebygging)

Sykepleieren kan også informere pasienten om ulike forhold ved kostholdet som kan medvirke til å redusere kvalme. Dette kan være råd som:

- Spise lett mat som tørre kjeks, knekkebrød og syrlig frukt.
- Bruke klær som sitter løst rundt magen.
- Spise små, hyppige måltider og spise og drikke sakte.

Naturprodukter

Peppermynte og ingefær kan muligens ha virkning mot milde former for kvalme (Markussen 2005).

Akupunktur og akupressur mot kvalme

I følge Slørdal og Rygnestad (2007) er det godt dokumentert av trykk mot et akupunkturpunkt som kalles P6-punktet (på innsiden av håndleddet) har kvalmestillende effekt. Knut Fjæstad derimot sier i sitt foredrag (28.01.11) at denne type kvalmelindring har liten effekt ved intens kvalme hos kreftpasienter.

3.7. ESAS – Kartleggingsverktøy

I forbindelse med hospitering på KSLB, Helse Sør-Øst på Ullevål universitetssykehus (30.03.11) ble vi kjent med bruken av kartleggingsverktøyet

ESAS. Dette kartleggingsverktøyet anbefales rutinemessig brukt i palliativ behandling innen kreftomsorgen i Norge (Helsedirektoratet 2007).

ESAS (Edmonton Symptom Assessment System) er et selvrapporteringskjema for noen av de vanligste symptomene palliative kreftpasienter opplever. Hensikten er å få en systematisk kartlegging av pasientens symptomer, noe som igjen skal bidra til økt kvalitet på behandlingen. Skjemaet inneholder ni av de vanligste symptomene som kreftpasienter opplever (Vedlegg 3): Smerte i ro, smerte ved bevegelse, slapphet, kvalme, tung pust, munntørrhet, matlyst, angst/uro og trist/deprimert. I den norske versjonen er det i tillegg tatt inn et oppsummerende punkt: Hvordan har du det i dag? For hvert symptom skal pasienten så angi på en skala fra 0 (ingen/normal) til 10 (verst tenkelig) hvordan han har det i det øyeblikket han fyller ut skjemaet (KSLB 2011). Ideelt sett skal pasienten selv fylle ut skjemaet, da det er pasienten som best vet hvordan han har det. Dersom pasienten av ulike årsaker ikke klarer å fylle ut skjemaet, kan han få assistanse av pårørende eller ansatte. I slike tilfeller krysses det av i en egen rubrikk for hvem som har fylt ut skjemaet.

KSLB (2011) anbefaler at skjemaet fylles ut regelmessig. Hvor ofte skjemaet skal benyttes vil være individuelt og avhengig av flere faktorer, som bla intensitet av symptomene. Det viktigste er at det er enighet mellom sykepleier og pasient om når og hvor ofte det skal utføres, slik at skjemaet ikke blir brukt tilfeldig (ibid). Hver utfylling av skjemaet følges opp av personalet ved at svarene gjennomgås med pasienten. Samtale med pasienten kan gi utfyllende informasjon og avdekke ytterligere plager.

Svarene overføres fortløpende til et grafisk oversiktsskjema ”Grafisk registrering av ESAS” (vedlegg 4). Over tid vil denne oversikten gi et innblikk i symptomutviklingen. Denne framstillingen vil også gi mulighet til å se eventuelle sammenhenger mellom de ulike symptomene.

3.8. Palliasjon – begrepet og innholdet

Palliativ defineres i Nylenna (2004) som ”lindrende, men ikke helbredende (...)”

(s.252), og brukes mest hos pasienter med langtkommen kreft. Palliative care er det engelske begrepet for lindrende behandling, pleie og omsorg (Kaasa 2007). I Norge brukes ordet palliasjon og lindrende om hverandre, slik vi leser faglitteraturen.

Palliasjonsbehandling, slik vi forstår WHO (2002) sin definisjon, består i å forebygge og lindre symptomer på livstruende sykdom, slik at pasienten sammen med sine nærmeste opplever høyest mulig livskvalitet i tiden som er igjen. Gjennomføring av tidlig identifisering og grundig vurdering, samt ivaretagelse av både fysiske, psykiske, sosiale og åndelige/eksistensielle behov er sentralt (WHO 2002; Helsedirektoratet 2010). Palliasjon innebærer helhetlig sykepleie, som involverer tverrfaglig tilnærming der pasienten og hans familie involveres.

Slåtten, Fagerstrøm og Hatlevik (2010) sier at høy klinisk kompetanse er svært viktig på grunn av kompleksiteten i den palliative omsorgen. Seymour (2004) sier (ifølge ibid) at nøkkelordene i palliativ sykepleie er samarbeid, å lindre lidelse, fremme livskvalitet og håp, bli kjent med pasienten og å fremme verdighet, velvære og støtte.

Den palliative fasen kjennetegnes ifølge Helsedirektoratet (2010) av kompleks og rask endring av sykdomsbildet som krever rask behandling og vurdering, samt store funksjonstap med økende hjelpe- og pleiebehov. Vekttap, endret metabolisme og organsvikt, sammen med mange medikamenter, øker mulighet for bivirkninger.

3.8.1. Livskvalitet

Helsedirektoratet (2010) sier at objektive mål er lite egnet i den palliative behandlingen, og at det viktigste er symptomreduksjon og/eller bedret livskvalitet.

Næss (2001) omtaler (ifølge Kristoffersen 2005) livskvalitet som psykisk velvære, og knytter det opp til en subjektiv opplevelse av flere sider av sin livssituasjon. Næss (2001) sin forståelse av livskvalitetsbegrepet er at en persons livskvalitet avhenger av om personens bevisste kognitive vurderinger og affektive opplevelser er positive eller negative. Eksempler på gode følelser er glede, engasjement og kjærlighet, og eksempler på vonde følelser er nedstemthet, angst og ensomhet. Eksempler på positive vurderinger er tilfredshet med eget liv, selvrespekt, opplevelse av mening

med tilværelsen, og eksempler på negative vurderinger er misnøye med eget liv, skamfølelse og opplevelse av ubrukte evner (ibid).

Kristoffersen (2005) sier at selv om det er subjektive opplevelser Næss (2001) vektlegger, vil det være et viktig spørsmål om hvilket samfunn individet lever i. Kari Martinsens kollektivistiske menneskesyn der mennesker tar ansvar for hverandre som grunnlag for omsorg, kan ses som hensiktsmessig når det gjelder best mulig vilkår for livskvalitet hos de svakeste i samfunnet.

Jordhøy (2005) sier at plager med kvalme og oppkast kan ha avgjørende innvirkning på pasientens livskvalitet, og virker inn på hvordan pårørende forholder seg til den vanskelige livssituasjonen. Innen kreftomsorgen stiller dette høye krav til helsepersonell om å lindre kvalmen samt andre symptomer for å bedre livskvaliteten, ifølge (ibid).

3.9. Kvalme - forskning og forekomst

Palliativ behandling er et nytt fagfelt i Norge, og det slås i flere studier fast at det finnes mye erfaringsbasert kunnskap, men lite dokumentert vitenskapelig kunnskap. (Slåtten, Fagerstrøm og Hatlevik, 2010; Jordhøy, 2005). Det oppfordres til mer forskning innen palliasjonsbehandling.

Statistisk forekommer kvalme og/eller oppkast “hos 40–70 % av pasienter med langtkommen kreft og er også hyppig ved andre sykdommer med kort forventet levetid”, (ibid, s. 1). En annen undersøkelse gjort på Seksjon for lindrende behandling i Trondheim (SLB), så på forekomst av symptomene hos pasienter som ble innlagt ved SLB i en ettårsperiode. Undersøkelsen viser hvor stor andel av pasientene som opplever symptomene:

- | | |
|----------------------|-------------------------|
| • Trøtthet | 85% |
| • Smerte | 74% |
| • Endrede spisevaner | 74% |
| • Dårligere appetitt | 67% |
| • Munntørrhet | 56% |
| • Depresjon | 55% |
| • Obstipasjon | 50% |
| • Dyspné | 49% |
| • Kvalme | 38% (Kaasa 2007, s. 44) |

4. DRØFTING AV PROBLEMSTILLINGEN

I dette kapittelet vil vi drøfte hvordan hjemmesykepleieren, i utøvelse av kunnskapsbasert praksis, gjør bruk av forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og brukerkunnskap/brukermedvirkning ved lindring av kvalme hos en kreftsyk pasient i hjemmesykepleien. Som et ledd i dette drøftes betydningen av systematikk i kartleggingen med vekt på ESAS-kartlegging. Mål og tiltak på pasientens premisser og livskvalitet blir sentralt, samt konteksten hvor sykepleien utføres.

4.1. Kunnskapsbasert sykepleie

I teorikapittelet har vi vist at sykepleieteoretiker Kari Martinsen problematiserer kunnskapsbegrepet, dvs. *den teoretiske* kunnskapen. Slik vi ser det er også den teoretiske kunnskapen av betydning når sykepleieren skal gjennomføre kartlegging. En grunnleggende teoretisk forståelse er også nødvendig for at sykepleieren skal kunne gjennomføre målrettet kommunikasjon.

Kari Martinsen sier også at teori er viktig, men mener at fokuset skal være på erfaringsbasert og praktisk kunnskap. Hun mener at vitenskapen skal fokusere forskningen sin på dette (Kristoffersen 2005).

Bratberg og Haugdahl (2010) har gjennomført en undersøkelse i forhold til sykepleieres bruk av kunnskapsbasert sykepleie. I denne studien vises det til at særlig den forskningsbaserte kunnskapen har vært lite innlemmet i klinisk praksis. Det vises videre til internasjonale studier som har vist at mange sykepleiere heller velger å støtte seg til den erfaringsbaserte kunnskapen som de innhenter fra kolleger eller andre, og at bibliografiske databaser er lite brukt. Studien viser videre til at mange også foretrekker relasjonelle kilder for innhenting av kunnskap framfor skriftlig dokumentasjon fra forskning. I studiens diskusjon foreslås det at dersom man skal lykkes med å implementere forskning i praksis, kan det være en mulighet å velge strategier som i større grad imøtekommer sykepleiernes preferanser. Dette er slik vi ser det, også i tråd med Kari Martinsens filosofi (Kristoffersen 2005).

4.2. Livskvalitet

Vi har alle selv opplevd å være kvalme og kjent hvor invalidiserende det kan være. Hvis man tenker seg at man våkner hver dag med den samme kvalmen, kan man forsøke å forestille seg hvordan det går utover livskvalitet og utfoldelse. Vi vil her reflektere over og drøfte spørsmålet om betydningen av at sykepleieren handler slik at pasienten oppnår det som for han er livskvalitet, i en palliativ fase. For å utøve kunnskapsbasert praksis går vi til neste trinn som er å finne teoretisk kunnskap. Her velger vi å ta utgangspunkt i WHO (2002) sin definisjon av palliasjonsbehandling. Målet og hensikten med palliasjonsbehandlingen, slik vi forstår definisjonen, er høyest mulig livskvalitet for pasienten og hans familie den siste tiden. Hvis den alvorlig syke pasienten er hjemme, sier Rønning et. al. (2007) at ordene til Erik Allardts er beskrivende for livskvalitet; ”Att ha, att älska, att vara” (s. 221).

For sykepleieren betyr dette gjennomføring av helhetlig sykepleie. Sterke fysiske smerter eller kvalme kan gjøre pasienten lite tilgjengelig for helhetlig sykepleie, og optimal symptomlindring må prioriteres sammen med viten om at psykisk smerte også gjør fysisk vondt (ibid). Dette viser viktigheten av at sykepleieren er oppmerksom på alle forhold i livet til pasienten som kan påvirke livskvaliteten negativt eller positivt. I vår hospitering ved Ullevål, opplevde vi at personalet gjorde dette på previsitten. De diskuterte både medisinsk lindrende tiltak, samt andre forhold som påvirket pasientenes livskvalitet: Legene og sykepleierne drøftet eksempelvis hva de kunne gjøre for at en enslig, eldre kvinne skulle få oppfylt sitt sterke ønske om å selge leiligheten før hun døde. En annen pasient var en kvinne hvor de snakket om lindring av symptomer slik at hun skulle få krefter nok til å gjennomføre besøk av sine små barn. Slik vi ser det, oppnås ikke målet om høyest mulig livskvalitet uten helhetlig tilnærming til pasienten.

Neste trinn i å arbeide kunnskapsbasert er brukerkunnskap og brukervedvirkning. Brukervedvirkning er en lovfestet rettighet som reguleres flere steder i sosial- og helselovgivningen, blant annet Pasientrettighetsloven kap. 3 (lovdata 2011). I og med at livskvalitet er subjektivt, er det umulig for sykepleieren å tenke objektivt i forhold til tiltak. Pasientens premisser og ikke sykepleierens ønsker og behov må vektlegges.

Martinsen sier (ifølge Kristoffersen 2005) at pasienten bidrar med kunnskap og opplysninger om hva han ønsker. Her er det viktig at sykepleierens kompenserende handlinger alltid er i tråd med slik pasienten selv ville utført det, dersom han var i stand til det. Er vi usikre på dette har vi et etisk problem, og det ses ofte i omsorg for eldre og døende pasienter; hvorfor må hun spise? Er det på pasientens premisser, for vår egen skyld, eller følger vi bare rutiner (ibid)?

I samtale med spesialsykepleier ved KSLB (30.03.2011) drøftet vi følgende eksempel: En sykepleier kan tenke at målet med å lindre kvalme hos en pasient er bedret ernæring. For pasienten kan det imidlertid være noe helt annet; for eksempel å ha krefter til et måltid *sammen med* noen man er glad i. Jamfør betydningen som affektive opplevelser har på en persons livskvalitet (ibid), kan den sosiale gleden ved måltidet, som kanskje bestod av salte kjeks og cola, gi gode følelser som bedrer livskvaliteten. Motsatt kan man tenke at pasienten kunne oppleve nedsatt livskvalitet på grunn av ensomhetsfølelse ved å spise næringsrik kost alene. Målet med kvalmelindring blir det psykiske og sosiale, framfor selve ernæringsstatusen. Det er her viktig å tenke på at pasienten er i palliativ fase og ikke i helbredende fase. Sykepleieren kan hjelpe pasienten både med å administrere lindrende kvalmebehandling, samt tilrettelegging av psykiske og sosiale behov for å oppnå høyest mulig livskvalitet. Tilslutt i utøvelsen av den kunnskapsbaserte praksis, evaluerer sykepleieren, gjennom målrettet kommunikasjon med pasienten, om tiltakene faktisk bidro til høyest mulig livskvalitet.

4.3. Sykepleier – pasient relasjon

Dersom pasienten opplever at sykepleieren ikke tar kvalmen tilstrekkelig på alvor, hindres etablering av en god relasjon. Vi vil drøfte viktige momenter for å etablere en god relasjon gjennom målrettet kommunikasjon.

Markussen (2005) sier at en informativ og imøtekommende sykepleier får både i gang den viktige dialogen samt inkluderer pasienten slik at autonomien ivaretas. Johnston (1999) har funnet (ifølge Markussen 2005) i sin studie at sykepleiere med dårlig evne til å kommunisere øker lidelsen med kronisk kvalme og oppkast hos

terminale kreftpasienter. En årsak til det kan være at pasient – sykepleierforhold i palliativ fase vil vare over en lengre periode, ikke fram til pasienten blir frisk, men sannsynligvis fram til pasienten dør. I denne fasen gjør blant annet eksistensielle spørsmål seg ofte gjeldene og sykepleieren trenger kunnskap om hvordan hun skal opptre i forhold til disse spørsmålene. Helsedirektoratet (2010) sier at en påtrengende kommunikasjonsstil i siste fase av livet kan være skadelig. Man kan tenke seg at pasienten da kan bli reservert og ikke ønske å samhandle om for eksempel og fylle ut ESAS-skjemaet. I det første møtet hvor systematisk kartlegging er tema, veksler oppgaveorientert kommunikasjon mellom ”åpne” og ”lukkede” spørsmål. Samtalen bør ha preg av dialog og ikke utspørring (ibid). I forhold til kommunikasjon om emosjonelle spørsmål, anbefales det at sykepleieren kan stille åpne spørsmål. Dersom pasienten har høy angst-skår på ESAS-skjema, kan det være en god innfallsvinkel for pasienten til å ta opp vanskelige spørsmål mot slutten av livet (ibid).

Fasene i Travelbee (1971) sin etablering av menneske-til-menneske-forhold, starter med det innledende møtet og deretter framvekst av identiteter (i følge Kristoffersen 2005). ”Betydningen av det første møtet er stort og bruken av tid er avgjørende” (Rønning et. al 2007, s. 223). Videre beskrives etablering av et gjensidig tillitsforhold som en kontinuerlig prosess der begge parter forplikter seg overfor hverandre. I forhold til pasienter som sliter med kvalme, mener vi at en tilnærming som er åpen, forsiktig og uten tidspress vil være et godt utgangspunkt for å bli kjent.

Ved det første møtet bør sykepleieren være primærsykepleier (eller koordinator der pasienten har individuell plan), med god erfaringsbasert kunnskap (ibid). Dersom pasienten er innesluttet, kanskje fordi han er kvalm og helst vil ligge i ro, blir det viktig at sykepleieren er empatisk og gir pasienten bevis på det gjennom sine sympatiske ord og handlinger. Hun kan bekrefte at det er greit om han ikke orker å prate så mye, men at hun gjerne vil informere han om fordelene ved at ESAS-skjemaet fylles ut. Sammen med pasienten kan sykepleieren bli enig om hvor ofte skjemaet skal fylles ut og dermed oppnå tillit hos pasienten ved å ivareta hans brukermedvirkning. Slik vi forstår interaksjonsprosessen i Travelbees teori, kan disse

handlingene føre til en etablering av et virkelig menneske-til-menneske forhold. Dette vil, slik vi ser det, være utgangspunktet for målrettet kommunikasjon i den videre kartleggingsprosessen. Den gode samtalen gir med dette grobunn for brukermedvirkning i praksis.

4.4. Bruk av kartleggingsverktøy

Ved hospitering på Seksjon for lindrende behandling, sengepost ved Kreftsenteret på Ullevål (30.03.11) lærte vi om både bruk og nytte av ESAS kartleggingsverktøy. De som legges inn ved denne spesialavdelingen, er pasienter som ikke har kommet i mål med symptomlindrende behandling ved ordinære sykehusavdelinger. Personalet ved avdelingen sier at for å hjelpe disse pasientene arbeider de bl.a mye med kartlegging og at det er avgjørende for å finne underliggende årsakssammenhenger.

Kartleggingsverktøyet ESAS brukes i dag systematisk både ved sengeposten og poliklinikken hos Kreftenheten på Ullevål. Vår kontaktperson ved avdelingen, en kreftsykepleier med lang erfaring, kunne også fortelle at hun tidligere hadde arbeidet i hjemmesykepleien i en av bydelene i Oslo kommune. Siden hun allerede den gang var kjent med bruk av kartleggingsverktøyet ESAS, hadde hun valgt å bruke det til de pasienter der det var relevant. Hennes synspunkt var at dette er et verktøy som i høy grad har overføringsverdi til bruk i hjemmesykepleien. Også Helsedirektoratet (2010) påpeker at ESAS kan benyttes både i primær- og spesialisthelsetjenesten.

Myhra og Grov (2010) presenterer resultatene av en undersøkelse om bruk av kartleggingsverktøyet ESAS ved sykehjem. Denne kartleggingen var rettet mot sykehjem med palliative enheter eller sengeplasser. Undersøkelsen er foretatt i 18 kommuner i helseregion Sør-Øst, som også vi tilhører. Resultatet fra undersøkelsen viser at opplæring og systematisk bruk var mer gjennomført i de sykehjem som hadde egne palliative enheter. Dette er et synspunkt som også støttes i en artikkel fra Slåtten, Fagerstrøm og Hatlevik (2010) som konkluderer med at kompetanse og videreutdanning påvirker bruk av ESAS.

Resultatene fra ovennevnte undersøkelser viser at bruk av ESAS har sammenheng med spesialisering og utdannelsesnivå, men vi tenker allikevel at dette kan ha stor

overføringsverdi til hjemmesykepleien. Vi ser pr. i dag ingen grunn til at bruk av skjemaet ikke kan brukes også i mindre spesialiserte enheter, som for eksempel innen hjemmesykepleie. Den forestående samhandlingsreformen vil også kreve økt kompetanse og bruk av nye verktøy i hjemmesykepleien.

I hjemmesykepleien vil det til enhver tid være forskjellige ansatte i turnus, og det kan bli individuelt hva den enkelte vektlegger ved journalføring. Ved ordinær journalføring kan det også skje at datasamling og kartlegging blir preget av sykepleierens egne holdninger og erfaringer i forhold til symptomene. Ved bruk av ESAS er det derimot pasientens *subjektive* opplevelse som kartlegges. Dette gir bedre mulighet for individuell tilpasning og behandling. Slik vi ser det er dette en vesentlig forskjell og derfor er ESAS et verktøy vi ønsker å ta i bruk når vi etter endt utdanning skal arbeide i kommunehelsetjenesten. Myhra og Grov (2010) påpeker også i sin artikkel ”At sykepleieren selv tar initiativ til utfylling og kartlegging av symptomer er i tråd med helsepersonelloven § 4, 39 og 40, om krav til forsvarlighet og dokumentasjonsplikt” (s.217).

Systematisk bruk av ESAS fører til kontinuitet både i kartlegging og oppfølging av pasienten. Man unngår tilfeldige journalføringer hvor man ikke ser tydelige sammenhenger. Bruk av ESAS kan i tillegg bidra til at sykepleieren tenker mer helhetlig rundt pasienten. På denne måten vil bruk av kartleggingskjemaet bidra til å øke kvaliteten på sykepleien.

Hvor ofte ESAS skal brukes er individuelt. Det kan være daglig, en fast dag i uka, eller for eksempel ved endringer (Helsedirektoratet 2010). Svarene overføres så til et oversiktsskjema der det over tid vil framkomme en grafisk framstilling av symptomene. På denne måten vil det også framkomme om følelsen av kvalme kommer samtidig med for eksempel smerter, angst eller mangel på matlyst. ESAS gir ikke noen direkte forklaring på ulike årsakssammenhenger. Det er, slik vi ser det, å betrakte som et hjelpemiddel i kommunikasjon med pasienten og som dokumentasjon og diskusjonsgrunnlag overfor fastlegen. Opplysninger fra ESAS-kartleggingen kan også være nyttig i forholdet til annet helsepersonell som

sykepleieren samarbeider med og henter erfaringsbasert kunnskap fra. Dette er allikevel ikke til hinder for at sykepleieren også kan bruke det som et grunnlag for de sykepleiefaglige vurderinger som hun på selvstendig grunnlag må gjøre til enhver tid.

Totalt sett ser vi mange fordeler med bruk av ESAS som kartleggingsverktøy, og vil i diskusjon av kartleggingsprosessen trekke inn bruk av skjemaet. KSLB (2011) påpeker at en begrensning ved ESAS er at det kan være vanskelig å sette tall på sammensatte problemer. Skjemaet dekker heller ikke alle parametre som kan ha betydning i forhold til kvalme, som for eksempel obstipasjon, søvnproblemer, diaré, etc. (Slåtten, Fagerstrøm og Hatlevik 2010). Her vil sykepleierens evne til kommunikasjon, faglige kunnskaper og vurderingsevne være avgjørende for å avdekke mulige årsakssammenhenger. Det konkluderes i undersøkelsen med at bruk av ESAS gir et godt bilde på en systematisk tilnærming som øker kvaliteten på den sykepleien som blir gitt (ibid). Samtidig vektlegges det at det ikke må overfokuseres på rutiner, men fokusere på pasientens individuelle behov sammen med en generell forståelse av pasientens helsesituasjon, med andre ord bruk av klinisk kompetanse.

4.5. Kartleggingsprosessen

Ved kunnskapsbasert arbeide er det viktig å være bevisst på hva som er *målet*. Kartleggingen har liten verdi dersom den ikke blir anvendt i praksis og vi ikke vet hva vi skal bruke den til. I vårt tilfelle er det å hjelpe pasienten med lindring av kvalme. For å oppnå dette målet må vi først og fremst finne *årsaken* til at pasienten opplever kvalme.

Med dette som bakgrunn, og som vi tidligere har vist til fra forskning (Slåtten, Fagerstrøm og Hatlevik 2010), ser vi ESAS-skjemaet ikke dekker alle de nødvendige data. Det er derfor nødvendig at sykepleieren innhenter tilleggsopplysninger. I samtalen som sykepleieren har med pasienten etter hver skjemautfylling, er brukerkunnskapen og brukervedvirkningen sentral. Helsedirektoratet (2010) påpeker at objektive mål er lite egnet i palliativ behandling – det er pasientens egen opplevelse som skal legges til grunn. Det viktigste med behandlingen er reduksjon av

symptomer og/eller bedret livskvalitet (ibid). Utfyllende kommentarer fra pasienten som vurderes å ha betydning for pleie og behandling, noteres i journalen.

Den første delen av å utøve kunnskapsbasert praksis er i følge Nortvedt (2007) å formulere et godt spørsmål. Her vil spørsmålet være: Hvordan kan vi avdekke årsaken(e) til kvalme hos pasienten? Dersom vi i hjemmesykepleien velger å bruke ESAS for å kartlegge årsaker, kan vi i trinn to finne forskningsbasert kunnskap, både om ESAS og årsakssammenhenger vedrørende kvalme. Vi må deretter kritisk vurdere kunnskapen, som er tredje trinn. I fjerde trinn kan vi diskutere med andre fagpersoner og dermed også innhente erfaringsbasert kunnskap. Dette vil samlet gi et godt grunnlag ved utøvelse av kunnskapsbasert sykepleie.

Det er samtidig viktig å informere pasienten om hvorfor skjemaet benyttes, og at pasientens egen vurdering er nyttig for å kunne tilby best mulig behandling og pleie (KSLB 2011). Dette kan motivere pasienten og redusere sjansene for at vilkårlighet preger svarene, samtidig som brukermedvirkningen ivaretas. Sykepleieren ber pasienten om å svare slik han/hun har det i øyeblikket. Noen ganger kan dette være vanskelig, særlig fordi symptomintensitet ofte varierer i løpet av en dag. En løsning kan da for eksempel være at pasienten i samme skjema angir intensitet, både slik det oppleves ved utfylling og når det oppleves som verst.

Når pasienten har fylt ut skjemaet kan dette danne et videre grunnlag for samtale omkring de ulike symptomene. Når det gjelder kvalme, kan sykepleieren for eksempel spørre om hva han selv tror er grunnen til at han er mer kvalm denne uka enn i forrige uke? Tror han selv det er en sammenheng mellom økt kvalme og det at han også opplever mer angst denne uka? Tror han at kvalmen kan ha sammenheng med smerter slik det kanskje kan tolkes ut ifra skjemaet? I etterkant av gjennomføringen, evaluerer sykepleieren hva bruk av ESAS kunne bidra med for å få svar på årsakene til kvalmen hos pasienten.

Sykepleieren bruker også sine teoretiske kunnskaper som bakgrunn ved kartleggingen, og som utgangspunkt ved formulering av målrettede spørsmål. Hvis vi

har en pasient i hjemmesykepleien med jevnlig palliativ cytostatikabehandling som samtidig er plaget med kvalme, kan det være nærliggende å anta at kvalmen kan skyldes cytostatikabehandlingen. Ut fra den teoretiske kunnskapen vi har, vet vi at kjemoreseptortriggeren i hjernestammen påvirkes av blodbårne toksiner, og kvalmesenteret stimuleres. Videre har kunnskap om ulike behandlingsmåter vist oss at ved en slik årsakssammenheng er det stort sett legemidler som har særlig effekt (Lehne, m.fl., 2009). Dette er imidlertid ikke noe sykepleieren kan slå seg til ro og konkludere med. Kvalmesymptomene trenger ikke nødvendigvis å henge sammen med cytostatikabehandlingen. Som vi tidligere har vist er inntrykket av at cytostatika generelt gir kvalme og oppkast ikke alltid korrekt (Slørdal og Rygnestad 2007). Ved hospitering på Kreftenheten på Ullevål snakket vi med en pasient om hennes erfaringer med kvalme. Hun kunne fortelle at til tross for gjentatte cytostatikakurer, strålinger og operasjoner på grunn av cancer med senere residiv, hadde hun aldri vært kvalm! Dette viser hvor individuelle symptomene kan være.

Ved kartlegging er hensikten også å finne *alle* mulige årsakssammenhenger – og som tidligere vist kan det hos samme pasient være flere sammensatte årsaker.

Sykepleieren må ta med i betraktningen at det også kan dreie seg om forventningskvalme. Kan man ut fra kartleggingsskjemaet til en pasient med cytostatikabehandling se om intensiteten øker når det nærmer seg ny kur? Dersom slike sammenhenger kan anes ut ifra skjemaet, er dette noe vi mener er relevant å ta opp i diskusjon med pasienten. Dersom pasientens plager er forbundet med psykologiske faktorer i forbindelse med uro før en ny behandlingskur, kan dette dreie seg om forventningskvalme (Markussen 2005). Av teoretisk kunnskap om ulike behandlingsmåter vet vi at det er begrensede muligheter for medikamentell behandling av forventningskvalme. Lehne m.fl. (2009) framhever forebygging som det mest virksomme tiltaket her. Dette er et område hvor sykepleieren selvstendig kan utføre tiltak gjennom samtaler og psykisk støtte. Slik kan sykepleieren ved bruk av de ulike kunnskapsområdene utføre målrettet kommunikasjon i samtale med pasienten.

En annen mulighet kan være at denne pasienten har en kreftform som har metastasert til abdomen. Dette kan være kjent for både pasient og sykepleier, men ikke nødvendigvis ha vært knyttet opp imot kvalmeproblematikken. Sykepleieren må da bruke sine kunnskaper omkring romoppfyllende prosesser i abdomen, og vurdere på hvilken måte dette kan føre til kvalme. Sykepleieren kan her innhente tilleggsopplysninger ved å stille spørsmål for eksempel omkring matinntak, andre symptomer fra mage/tarm eller smerter i abdomen. Spørsmålene sykepleierne stiller må hele tiden være rettet mot de ulike muligheter for å få en så korrekt kartlegging som mulig. Med tanke på eventuelle romoppfyllende prosesser i abdomen, må heller ikke sykepleieren automatisk tenke ”metastaser”. Kartleggingen må gjøres med tanke på at årsaken også kan være for eksempel obstipasjon.

Som vi har vist kan det hos samme pasient være en mengde forskjellige årsaker til kvalme og ofte er årsaken multifaktoriell (Helsedirektoratet 2010).

Forventningskvalme (betinget kvalme), stimulering av mekanoreseptorer i mage-tarm-systemet som følge av metastaser, kjemisk påvirkning på grunn av cellegift eller hyperkalsemi pga skjelettmetastaser, er bare eksempler på alle de muligheter som er. Dette stiller store krav til at sykepleieren trekker inn grunnleggende kunnskaper fra både fysiologi og forskning for å kunne gjennomføre målrettet kommunikasjon.

Samtidig må sykepleieren være bevisst på at dette er en kontinuerlig prosess. Selv om vi har fått lindret kvalmen på et tidspunkt, kan kvalme oppstå på nytt og denne gang av helt andre årsaker. Kartleggingsprosessen må derfor gjennomføres kontinuerlig og starte på begynnelsen for hver gang. Dette er også kjernen i beslutningsprosessen i sykepleien.

Også tiltakene må evalueres kontinuerlig. Selv om et tiltak var effektivt forrige uke, kan det ha liten virkning senere i forløpet. Årsaken *kan* imidlertid være den samme, men må angripes og behandles med andre virkemidler. Dette kan være mest synlig ved legemiddelbehandling, der det for eksempel kan være tilstrekkelig å endre dosen. Det er legens ansvar å forordne legemidler, men sykepleieren har et stort ansvar for å

observere og dokumentere effekt og bivirkninger. Dersom en pasient hos hjemmesykepleien ikke lenger har effekt av for eksempel Afipran (metoklopramid), mener vi at dette er noe sykepleieren har ansvar for å ta opp med legen i forståelse med pasienten. I forhold til legemidler har sykepleieren et administrativt ansvar, og i hjemmesykepleien er sykepleieren ofte den som administrerer legemidlene for pasienten. Når eksempelvis Afipran ikke lenger virker må sykepleieren også stille seg spørsmålet om administrasjonsmåten kan være årsaken. Som vi har vist i teoridelen kan peroral medisinerer hos kreftpasienter i mange tilfeller være lite hensiktsmessig. Det kan derfor være et diskusjonsgrunnlag i forhold til fastlegen om andre administrasjonsmåter kan være aktuelle. For å fortsette å bruke Afipran som eksempel så finnes dette middelet både som tablett, stikkpiller, mikstur, infusjonsvæske og injeksjoner (Felleskatalogen 2011).

4.6. Aktuelle sykepleietiltak

De opplysninger som sykepleieren innhenter ved hjelp av kartlegging skal via pasienten formidles til fastlegen (eller direkte til legen dersom pasienten samtykker).

Det er legen

som skal vurdere symptom bildet og eventuelt forordne tiltak.

Slik vi ser det er det allikevel en rekke tiltak som sykepleieren kan gjennomføre på selvstendig grunnlag:

- Forebygging.
- Psykisk støtte.
- Hjelp og motivasjon til å drikke tilstrekkelig.
- Forebygge obstipasjon. Gi rikelig med drikke, lettfordøyelig kost (Valand og Fodstad 2001). Eventuelt gi laksantia etter forordning fra lege.
- Motivere til fysisk aktivitet dersom pasienten har krefter til det. Som vi tidligere har vist vil fysisk aktivitet redusere stresshormoner i blodet, og dermed også kvalmefølelsen (Markussen 2005).
- Hjelp til god munnhygiene.
- Gi ernæringsråd for å redusere kvalme.

- Administrere legemidler.
- Observere virkning og eventuelle bivirkninger av gitte legemidler.
- Et godt terapeutisk miljø. Helsedirektoratet (2010) slår fast at effektiv symptomlindring forutsetter trygghet og god ivaretagelse av pasienten og hans behov. Når pasienten føler seg trygg og slapper av, vil man også nå lenger med de andre behandlingmessige tiltakene (ibid).

4.7. utfordringer og rammebetingelser.

Det ligger i kontekstens natur at pasienter som er til behandling på en spesialavdeling som på Ullevål, møter andre forhold der enn på sykehjem eller i hjemmesykepleien. Pasienter som ønsker å bo hjemme den siste tiden, bør få det så lenge de og familien ønsker det. Tilmålt tid gjør at den bør brukes riktig. Det er viktig å skape trygghet for at medisinsk behandling, pleie og omsorg kan gis på like god måte hjemme som på sykehus (Rønning et. al. 2007). Men vi ser at rammebetingelsene sykepleieren arbeider innenfor per i dag kan gjøre det vanskelig å oppfylle dette. Når det gjelder eksempelvis intravenøs behandling administreres ikke dette i hjemmesykepleien i flere kommuner vi kjenner til. Av sykepleiere vi har møtt i praksis, forklares det med mangel på sykepleierressurser. I mange alvorlige tilfeller med kvalme er det avgjørende at det blir gitt intravenøst for å kunne lindre pasientens plager.

Når vi ser hvordan sykepleiedekningen er i flere kommuner i dag, mener vi at tiden de har til å arbeide kunnskapsbasert nødvendigvis blir begrenset, sammenlignet med den lindrende enheten vi hospiterte på. Dette støtter det faktum at sykepleierens måte å jobbe på påvirkes av deres arbeidsbyrde (Slåtten, Fagerstrøm og Hatlevik 2010). Internasjonal forskning indikerer at sykepleierressurser har en direkte effekt på kvaliteten på aktivitetene i sin helhet.

Andre forhold som arbeidsmiljøet og økonomi spiller også en viktig rolle i konteksten sykepleieren arbeider innenfor. Et reflektert, kunnskapsrettet og søkende miljø, vil slik vi ser det, gjøre det lettere for sykepleieren å få aksept for å innføre et nytt system med eksempelvis bruk av ESAS i arbeidet med kvalmelindring. Når det

gjelder økonomi, spiller naturlig nok det en viktig rolle. Når vi vet at noen av legemidlene mot kvalme er mer kostbare enn andre (Onkolog Fjæstad, foredrag, 28.01.2011) kan økonomi påvirke behandlingsvalget. Det blir slik vi ser det et etisk problem dersom økonomien blir viktigere enn optimal lindring av kvalme til pasienten. Samtidig ser vi at det er viktig at det rimeligste alternativet prøves først, dersom det er akseptabelt hos pasienten og det aktuelle legemiddelet har forventet effekt.

4.7.1. Samhandlingsreformen

Myndighetenes gjeldende politikk er en viktig del av konteksten. Dagsrevyen 8.04.11 viste helse- og omsorgsminister Anne Grete Strøm-Erichsens presentasjon av samhandlingsreformen, ny nasjonal helse- og omsorgsplan, ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester og ny lov om folkehelsearbeid med mål om et friskere Norge. Noen viktige budskap var økt samhandling mellom kommunen og sykehuset og lovfestet plikt om forebyggende arbeid i kommunene.

Kari Martinsen retter kritikk til myndighetene om at vekstomsorgen prioriteres framfor vedlikeholdsomsorgen (ifølge Kristoffersen 2005). Ved å lese i Samhandlingsreformen (St.meld. nr. 47, 2008-2009) forstår vi at omsorg for de sykeste syke ikke er så fremtredende som det forebyggende arbeidet, så Martinsens påstand om at vekstomsorgen prioriteres framfor vedlikeholdsomsorgen kan se ut til å stemme her. Dersom de svakeste kommer dårligst ut, vil det som Martinsen påpeker gå utover de som trenger helhetlig sykepleie i størst grad.

I samhandlingsreformen (St.meld. nr. 47, 2008-2009) sies det at en sterk satsning på bedre samhandling skal skje parallelt med nødvendig ressurstildeling samt kvalitets- og utviklingsarbeid direkte mot det enkelte tjenestestedet. Dette ser vi som positivt i henhold til kvalmelindring i hjemmesykepleien. Vi tenker at det er hensiktsmessig å ansette flere videreutdannede sykepleiere i lindrende behandling i hjemmesykepleien, noe som støttes av Slåtten, Fagerstrøm og Hatlevik (2010). Samtidig få til en systematikk i den lindrende behandling av kvalme og andre faktorer innen palliativ omsorg. Forskning viser at “en godt fungerende

hjemmetjeneste, gjerne i samarbeid med palliativt team bidrar til at flere pasienter kan dø hjemme (...)" (Rønning et. al. 2007, s. 224).

Vi ser en framtid i forhold til Samhandlingsreformen som både kan gi vanskelige utfordringer, men også et håp om bedre rammevilkår for å kunne arbeide kunnskapsbasert med blant annet lindring av kvalme.

5. KONKLUSJON

Vi har gjennom oppgaven belyst ulike perspektiver rundt det å arbeide kunnskapsbasert med lindring av kvalme. Det kan i korthet sies at problemstillingen kan deles i to del-emner. En generell del; *hvordan sykepleieren kan arbeide kunnskapsbasert*, samt en mer spesifikk del; *lindring av kvalme* innenfor de avgrensinger som er gitt innledningsvis. Oppgaven har fokus på den kunnskapsbaserte praksis og gjennom bruk av kvalmelindring som eksempel har vi vist hvordan kunnskapsbasert sykepleie kan gjennomføres i praksis.

Å arbeide kunnskapsbasert innen sykepleie innebærer bevisst å basere sine observasjoner, vurderinger og tiltak på ulike kunnskapskilder. Sykepleieren må bruke teoretiske kunnskaper innenfor fysiologi, farmakologi, psykologi og samhandling. Ved samtidig å innhente kunnskap fra *forskning* og *erfaring*, samt ivareta pasientens *brukermedvirkning* kan man si at sykepleieren arbeider kunnskapsbasert og målrettet med lindring av kvalme. Når det gjelder *konteksten*, har hjemmesykepleien imidlertid noen begrensninger behandlingsmessig som ikke spesialavdelinger har. Disse ulike elementene er kjernen i å arbeide kunnskapsbasert.

Ved lindring av kvalme er det slått fast fra flere ulike kilder at behandlingen må rettes mot den underliggende årsaken. Dersom årsaken ikke avdekkes, må behandlingen rettes mot lindring av symptomet. Det overordnede *målet* med den lindrende behandlingen er at pasientens opplever høyest mulig livskvalitet den siste levetiden. Dersom pasienten plages med kvalme, kan dette i høy grad forringe livskvaliteten. Dette fører oss til utførelse av helhetlig sykepleie, noe vi har poengtert som avgjørende i oppgaven.

Forskning viser at systematikk og gode rutiner rundt pasienten svært viktig. Bruk av ESAS kartleggings skjema kan være et hjelpemiddel for at observasjonene blir innhentet mer systematisk. Dette kan bidra til en helhetlig tenkning rundt pasienten angående hva slags kvalme pasienten har (eks: forventningskvalme eller cytostatikainduisert kvalme), årsaker og riktig behandlingstiltak. Vi har vist at ESAS må brukes rutinemessig dersom det skal ha noen hensikt. Samtidig må sykepleieren

gå videre med den viktige samtalen etter kartleggingen for utfyllende dokumentasjon rundt kvalmeproblematikken. Med dette sikres helhetlig sykepleie, brukerkunnskap og brukervedvirkning. Forskning viser at systematikk og gode rutiner rundt pasienten svært viktig. Vi har erfart både i hospiteringspraksis og gjennom arbeidet med oppgaven at sykepleiefokuset må ligge på pasientens opplevelse av høyest mulig livskvalitet i den palliative fasen.

Oppsummert krever dette høy kompetanse hos sykepleieren. Vi har gjennom arbeidsprosessen med oppgaven opplevd at vi har økt vår kunnskap innen feltene kunnskapsbasert sykepleie og lindring av kvalme. Dette tar vi med oss videre som sykepleiere.

6. ETTERORD

Samarbeidet mellom oss to studenter vært inspirerende og produktivt. Vi har ulike sterke og svake sider som vi gjennom studiet har lært å kjenne gjennom en rekke tidligere samarbeid. Dette har vi bevisst utnyttet i arbeidet med bacheloroppgaven, slik at vi har utfylt hverandre på en positiv måte.

Vi har lært mye gjennom arbeidet med oppgaven, både om kvalmelindring og om det å arbeide kunnskapsbasert. Vi har gått i dybden og sett sammenhengen mellom alle kunnskapsområdene som er innlemmet i den kunnskapsbaserte praksis.

Hovedfokuset denne gang ble den *prosessen* det er å arbeide kunnskapsbasert. Vi skulle gjerne gått grundigere inn på de ulike tiltakene som det kunnskapsbaserte arbeidet førte fram til. Dette ville vært en av flere naturlige fortsettelser på denne oppgaven.

Bruk av ulike kilder, samt bruk av beslutningsprosessen er noe vi føler har økt vår kompetanse vedrørende kompleksiteten i arbeidet med lindrende kvalmebehandling. Dette ser vi som en styrke ved arbeidet med oppgaven vår. Vi ser at en svakhet i vår oppgave er at vi ikke har viet særlig plass til pårørende og andre som er viktige ressurspersoner for pasienten og informasjonskilde i kartleggingsarbeidet. Pårørende nevnes i WHO sin definisjon og har en sentral plass i palliativ pleie og helhetlig sykepleie. Vi vurderte at pårørendearbeid krevde mer plass enn vi hadde kapasitet til i oppgaven.

Vi har gått igjennom mye litteratur og nyere forskning som vi også gjerne skulle fått med. Siden noe av dette falt litt på sidelinjen av det som var vårt hovedfokus denne gang, måtte vi velge det bort. Dette var bl.a. nyere kunnskap om bruk av cannabiderivater ved kvalmelindring, samt forskning på en ny type cytostatika (Alpharin), som hevdes å gi langt færre bivirkninger deriblant kvalme. Subkutan intravenøsbehandling var også en behandlingsmulighet vi kunne ønsket å gå dypere inn i, da dette blant annet kan øke mulighetene for å gi intravenøs væskebehandling i hjemmesykepleien.

LITTERATURLISTE

- * Bratberg, Grete Helen og Hege Selnes Haugdahl (2010). *Opplæring i kunnskapshåndtering – nytter det?* Sykepleien forskning. 2010 (3). s. 193-199.
- Dalland, Olav (2007). *Metode for oppgaveskriving for studenter*. 4. utgave. s. 71 – 99, s. 234 – 236 og s. 240 - 245. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- * Felleskatalogen (2011) [online]. URL: www.felleskatalogen.no (2.4.2011)
- * Helsedirektoratet (2010). *Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen* [online]. s.16-26, s. 59-60, s. 81-85. Oslo. URL: http://www.shdir.no/vp/multimedia/archive/00021/Nasjonalt_handlingsp_21509a.pdf . (02.04.11).
- * Jordhøy M.S. m.fl. (2006). *Kvalme, oppkast og obstipasjon i palliasjonsbehandling*. *Tidsskrift for Den norske legeforening* [online]. 2006 (5). URL: http://tidsskriftet.no/index.php?seks_id=1347846. (21.03.2011).
- Kaasa, S. (2007). *Palliasjon. Nordisk lærebok*. 2. utgave. s. 31 – 47. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- * Kompetansesenteret for lindrende behandling, helseregion Sør-Øst, Oslo Universitetssykehus, Ullevål [online]. URL: www.palliasjon.no (2011)
- Kristoffersen, N. J., F. Nortvedt og E. Skaug (2005). *Grunnleggende sykepleie*. Bind 1 s. 48 – 50. 1. utg. Oslo: Universitetsforlaget.
- Kristoffersen, N. J., F. Nortvedt og E. Skaug (2005). *Grunnleggende sykepleie*. Bind 4 s. 22 – 33, s. 59 – 69, s. 76 – 79 og s. 91 - 95. 1. utg. Oslo: Universitetsforlaget.

* Lehne, Gustav m.fl.(2009). Kvalme og oppkast ved cytostatikabehandling. I: Dahl, Olav m.fl. (red). *Medikamentell kreftbehandling. Cytostatikaboken*. 7. utg. Kap. 8. Oslo: Farmakologisk institutt, Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo [online]. URL: http://cytostatikaboken.moses.no/index.php?seks_id=1110&path=40&element=Kapittel. (20.03.11).

Pasientrettighetsloven (1999). *Lov om pasientrettigheter* [online]. Kap. 3. Lovdata (2011). URL: http://www.lovdata.no/cgi-wift/wiftldles?doc=/app/gratis/www/docroot/all/nl-19990702-063.html&emne=pasientrettighetslov*&&. (4.05.11).

* Markussen, Kristin (2005). *Kvalme. En sykepleiefaglig utfordring*. Bergen: Fagbokforlaget.

* Myhra, Cecilie Bakke og Grov, Ellen Karine (2010). *Sykepleieres bruk av Edmonton Symptom Assessment Scale (ESAS)*. [online] URL: http://www.sykepleien.no/ikbViewer/page/sykepleien/nyheter/nyhetsartikler/vis?p_dokument_id=524338 (29.03.11)

* Nortvedt, M. W. m.fl. (2007). *Å arbeide og undervise kunnskapsbasert*. (s. 13-47). OSLO: Norsk sykepleierforbund.

* Nylenna (2004). *Medisinsk ordbok*. (s.252). OSLO: Kunnskapsforlaget ANS, H. Aschehoug & Co. (W. Nygaard) A/S og Gyldendal Norsk Forlag ASA.

* Rønning M., E. Strand og M. Hjermsstad (2007). Palliativ behandling utenfor sykehus - hjemmesykepleien. I: Kaasa S. (red). *Palliasjon. Nordisk lærebok*. s. 113 - 128. 2. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

* OVID Nursing database:

Slåtten K., L. Fagerstrøm og O. Hatlevik (2010). *Clinical competence in palliative nursing in Norway: the importance of good care routines. International Journal of Palliative Nursing*. 16(2), s. 79-85.

Slørdal, Lars og Tarjei Rygnestad (2007). Legemidler ved kvalme og oppkast. I: Nordeng, Hedvig og Olav Spigset (red.). *Legemidler og bruken av dem*. s. 414-421. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

* St. meld. nr. 47 (2008 – 2009). Ny framtidig kommunerolle – aktuelle framtidige oppgaver. I: *Samhandlingsreformen* [online] kap.6 . Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. URL:

<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2008-2009/stmeld-nr-47-2008-2009-/7.html?id=567244>. (7.04.2011).

* St. meld. nr. 47 (2008 – 2009). Sammendrag. I: *Samhandlingsreformen* [online]. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. URL:

<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2008-2009/stmeld-nr-47-2008-2009-/2.html?id=567203> (7.04.2011).

Valand, Eva og Gro Fodstad (2001). Generell onkologisk sykepleie. I: Almås, Hallbjørg (red). *Klinisk sykepleie*. s. 247 - 266. Oslo: Gyldendal Akademisk AS

* WHO (2002). *WHO Definition of Palliative Care*. World Health Organization Publications [online]. URL: <https://apps.who.int/dsa/justpub/cpl.htm> (5.04.2011).

VEDLEGG

Vedlegg 1

Systematisk søk etter forskningsartikkel.

Søking og resultater

Søkeord	Database	Kombinasjoner	Antall treff
1. Nausea	OVID Nursing		1510
2. Nausea and vomiting	OVID Nursing		1282
3. Attitude	OVID Nursing		83215
4. Attitude of health personal		2. and 4.	28834
5.			18

Vedlegg 2: Originalinnholdet i WHO (2002) sin definisjon av palliasjon.

<https://apps.who.int/dsa/justpub/cpl.htm> (online 26.04.11)

WHO Definition of Palliative Care

Palliative care is an approach that improves the quality of life of patients and their families facing the problem associated with life-threatening illness, through the prevention and relief of suffering by means of early identification and impeccable assessment and treatment of pain and other problems, physical, psychosocial and spiritual. Palliative care:

- provides relief from pain and other distressing symptoms;
- affirms life and regards dying as a normal process;
- intends neither to hasten or postpone death;
- integrates the psychological and spiritual aspects of patient care;
- offers a support system to help patients live as actively as possible until death;
- offers a support system to help the family cope during the patient's illness and in their own bereavement;
- uses a team approach to address the needs of patients and their families, including bereavement counselling, if indicated;
- will enhance quality of life, and may also positively influence the course of illness;
- is applicable early in the course of illness, in conjunction with other therapies that are intended to prolong life, such as chemotherapy or radiation therapy, and includes those investigations needed to better understand and manage distressing clinical complications.


Ref: [National cancer control programmes: policies and managerial guidelines](#), 2nd ed. Geneva, World Health Organization, 2002.

www.who.int/cancer

Vedlegg 3:



ESAS skjemaet som brukes ved KSLB ved Ullevål sykehus (2011) online.

http://www.palliasjon.no/docs/ESAS_skjema.pdf (26.04.11).

		Navnelapp										
Edmonton Symptom Assessment System (ESAS)												
Smerte i ro												
Ingen	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Verst tenkelig
Smerte ved bevegelse												
Ingen	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Verst tenkelig
Slapphet												
Ingen	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Verst tenkelig
Kvalme												
Ingen	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Verst tenkelig
Tungpust												
Ingen	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Verst tenkelig
Munntørrhet												
Ingen	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Verst tenkelig
Matlyst												
Normal	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Verst tenkelig
Angst, uro												
Ingen	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Verst tenkelig
Trist, deprimert												
Ingen	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Verst tenkelig
Alt tatt i betraktning, hvordan har du det i dag?												
Bra	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Verst tenkelig
Skjemaet er fylt ut av:												
<input type="checkbox"/> Pasienten selv <input type="checkbox"/> Pårørende <input type="checkbox"/> Helsepersonell												
Dato: _____												

Vedlegg 4: Forløpsskjema (Grafisk framstilling av ESAS-skjema).

(<http://www.palliasjon.no/index.php?mid=3&k=lindrende/ESAS&aid=4186> (online 26.04.11)).

	Pasientidentifikasjon		
Grafisk registrering av ESAS ESAS Edmonton Symptom Assessment System		Ark nr. _____ År _____	
Resultater fra ESAS overføres til dette skjema			
Dato			
Dag i sykehus			
Tidspunkt			
Smerte i ro	10		
	0		
Smerte ved bevegelse	10		
	0		
Slapphet	10		
	0		
Kvalme	10		
	0		
Tung pust	10		
	0		
Munn-tørighet	10		
	0		
Matlyst	10		
	0		
Angst/uro	10		
	0		
Trist/deprimert	10		
	0		
Hvordan har du det i dag?	10		
	0		
Utfylt av PS/PI*			
Signatur			
* PS= Pasient skriftlig PI= Pasient intervju			

Vedlegg 5

Kvalmestillende legemidler (Nordeng og Spigset (2007), Markussen (2005), foredrag ved onkolog Knut Fjæstad (28.01.11) og Cytostatikaboken (2009)):

Legemiddelgruppe	Virkeområde	Virkestoff	Eksempler på preparatnavn
Antihistaminer	Reisesyke	Cyklizin	Marzine
	Bevegelseskvalme	Meklozin	Postafen
	Svangerskapskvalme		Peremesin
	Økt ICP		
	GI-obstruksjon		
	Opiatindusert kvalme	Prometazin	Phenergan
Dopaminantagonister	Cytostatika kvalme	Haloperidol	Haldol
	Kirurgisk kvalme	Metoklopramid	Afipran
	”Blodbårne” årsaker som hyperkalsemi, nyresvikt, leversvikt, medikamentutløst		Primperan
Serotoninantagonister	Svært effektiv ved stråleindusert kvalme	Ondansetron	Zofran
			Ondansetron
		Tropisetron	Navoban
	Cytostatikakvalme		
	Kirurgisk kvalme	Palonoson	Aloxi
Glukokortikoider	Cytostatikakvalme	Prednisolon	Prednisolon
		Kirurgisk kvalme	Metylprednisolon
Antikolinerge midler	Reisesyke	Skopolamin	Scopoderm
	Tarmobstruksjon		
	Til terminale pas		
	Vasovagale reaksjoner	Atropin	Atropin
Nevrokininantagonister	Cytostatikakvalme	Aprepitant	Emend
Benzodiazepiner	Når angst og stress bidrar til kvalme	Oksazepam	Alopam
			Sobril
		Diazepam	Stesolid
			Valium
Efedrin	Kvalme pga BT-fall	Efedrin	Efedrin