



BACHELOROPPGAVE

*«Symptomlindrende sykepleie til
kreftpasienten ved livets slutt»*

FORFATTERE: MARTHE DALSJØ, HELENE BERGE
OG ELISABETH STEINDEBAKKEN

Dato: 10. Mai 2013

SAMMENDRAG

Tittel:	<u>Symptomlindrende sykepleie til kreftpasienten ved livets slutt.</u>	Dato : 10.05.13
Deltakere:	<u>Marthe Dalsjø</u> <u>Helene Berge</u> <u>Elisabeth Steindebakken</u>	
Veileder:	<u>Kirsten Nordang</u>	
Evt. oppdragsgiver:		
Stikkord:	<u>Kreft, symptomlindring, smerte, kvalme, angst</u>	
Antall sider/ord: 50/13614	Antall vedlegg: 1	Publiseringsavtale inngått: Ja
<p>Denne oppgaven omhandler symptomlindrende sykepleie til kreftpasienter med symptomene smerte, kvalme og angst i livets siste fase. Dette temaet er valgt fordi kreft er et økende problem, noe som medfører større krav til kompetanse hos sykepleieren. Vi har gjort en ikke-empirisk studie og innhentet vitenskapelige artikler og annen relevant litteratur for å kunne besvare vår problemstilling. Det viser seg at symptomlindrende pleie kan være utfordrende for sykepleiere og valgte symptomer er svært utbredt hos pasienter med kreftsykdom. Vi har tatt for oss ulike sykepleietiltak som lindrer plager den terminale kreftpasienten opplever og problemstillinger som oppstår i livets siste fase. For at pasienten skal få en symptomfri avslutning på livet kreves det at sykepleier innehar mye kunnskap og erfaring innen omsorg og terminal pleie.</p>		

ABSTRACT

Title:	Symptom relief in cancer patients at the end of life.	Date : 10.05.13
Participants:	Marthe Dalsjø Helene Berge Elisabeth Steindebakken	
Supervisor:	Kirsten Nordang	
Employer:		
Keywords (3-5)	Cancer, symptom relief, pain, nausea, anxiety	
Pages/words: 50/13614	Number of appendix: 1	Availability (open): Yes
<p>This task deals with palliative nursing for cancer patients with symptoms like pain, nausea and anxiety in their last phase of life. This theme is chosen because cancer is a growing problem that causes greater demands and more expertise of the nurse. We have done a non-empirical study and collected scientific papers and other relevant literature to be able to answer our issue of choice. It turns out that symptomatic care can be challenging for nurses, mentioned symptoms are very common and widespread among patients with a cancer disease. We emphasize nursing measures that relieve ailments the terminal cancer patient experiences and issues that occurs in the end of life. For a patient to get a symptomfree death, requires that the nurse holds a lot of knowledge and experience in care and terminal nursing.</p>		

Innholdsfortegnelse

Sammendrag

Summary

1.0 Innledning	6
1.1 Bakgrunn for valg av tema.....	6
1.2 Tidligere forskning	6
1.3 Seksjonens forskningsområder	7
1.4 Viktige teoretiske perspektiv.....	7
1.5 Problemstilling	8
1.6 Avgrensning av problemstillingen	8
1.7 Formål og hensikt med oppgaven.....	10
1.7.1 Kreft	10
2.0 Metode	11
2.1 Litteraturstudium som metode.....	11
2.2 Begrunnelse for valg av teori	11
2.3 Metode for innhenting av artikler	12
2.4 Forskningsetikk.....	14
3.0 Resultater	16
3.1 Skjematisk fremstilling av forskningsartikler.....	16
3.2 Analyse	19
3.2.1 Livskvalitet hos terminale kreftpasienter.....	19
3.2.2 Behandling av kreftmerter og pasientens opplevelse	20
3.2.3 Utfordrende kvalme hos kreftpasienter	21
3.2.4 Angst hos kreftpasienter.....	22
4.0 Diskusjon	23
4.1 Tverrfaglig samarbeid.....	23
4.2 Hva er god sykepleie?.....	24
4.3 Sykepleiers utfordringer.....	25
4.4 Møtet med den lidende og døende.....	26
4.5 Pasienten	26
4.6 Kommunikasjon.....	27
4.7 Symptomlindrende sykepleie	28
4.7.1 Smerter	29
4.7.2 Kvalme	33
4.7.3 Angst.....	36

4.8 Den terminale fasen.....	38
4.9 Kritisk vurdering av litteratur, teori og metodiske overveielser.....	41
5.0 Konklusjon.....	43
6.0 Etterord.....	44
7.0 Litteraturhenvisning	45
8.0 Vedlegg	49
8.1 Vedlegg 1	49

*”Det betyr ikke så meget
hvordan man er født,
men det har uendelig meget å si
hvordan man dør”*
(Søren Kierkegaard i Husebø og
Husebø, 2008)

1.0 Innledning

I denne bacheloroppgaven har vi valgt å skrive om symptomlindrende sykepleie til kreftpasienter i terminal fase.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

I 2010 fikk rundt 28 000 nordmenn en kreftdiagnose og nesten halvparten av tilfellene oppstår etter at pasienten er fylt 70 år. I Norge er kreft den vanligste dødsårsaken etter hjerte- og karsykdommer. I 2011 døde 12 964 nordmenn av hjerte- og karsykdommer, mens 10 838 nordmenn døde av ondartede svulster. Dette viser at kreft tar veldig mange liv hvert eneste år (Statistisk sentralbyrå 2011).

”Å hjelpe pasienten til en verdig og fredfull død er dypt forankret i helsetjenestens etikk og har alltid vært et viktig anliggende i sykepleie” (Sæteren 2010, s. 235). Sykepleieren møter terminale pasienter i alle aldersgrupper og i alle ledd i helsetjenesten (ibid). Den sykepleiefaglige relevansen er stor fordi vi som sykepleiere på de fleste arbeidsplasser vil møte pasienter som er rammet av kreft. Sæteren (2010) hevder at det å skulle tilfredsstillende terminale pasienters fysiske behov er en stor utfordring for sykepleiere. Lindring av ulike symptomer som truer tilfredsstillelsen av fysiske behov, er svært viktig for at pasienten kan få frigjort energi til å leve det livet han ønsker i tiden som er igjen. Sykepleieren må kartlegge pasientens ressurser og behov til enhver tid, og rette sine tiltak inn mot disse (ibid).

1.2 Tidligere forskning

I artikkelen skrevet av Wergeland Sørbye og Steindal (2009) skriver de om et forskningsprosjekt som har blitt utført på Diakonhjemmet sykehus i 1977, 1987, 1997 og 2007. Sentrale problemstillinger handlet blant annet om i hvilken grad den døende fikk tilstrekkelig lindrende behandling. Hensikten med prosjektet var å se på endringer som har skjedd i løpet av de siste 30 årene (ibid).

Forskningen viste at i 1977 var leger og sykepleiere mer tilbakeholdne i forordning og administrasjon av opiatere enn i de senere årene. I en sykepleiedokumentasjon kunne det for eksempel stå: «pasienten skal ikke bli narkoman». Denne tankegangen rundt bruken av opiatere ble ikke uttrykt ved de senere undersøkelsene. I løpet av denne 30 årsperioden økte bruken av

smertestillende betydelig og dette førte til en mer tilfredsstillende smertelindring av pasienten. De mener også at god smertelindring og mellommenneskelige relasjoner bidrar til en verdig død (Wergeland Sørbye og Steindal 2009).

Fra 2007 til 2009 så Steindal (2012) på 220 pasientjournaler over pasientenes tre siste levedøgn ved Diakonhjemmet sykehus. 110 av deltakerne var kreftpasienter, 110 hadde andre sykdommer. Steindal så etter symptomer, tegn og behandling. Smerteforekomsten og smerteintensiteten var høyest hos kreftpasientene og undersøkelsene viste at 10% av pasientene ikke fikk god nok smertelindring (ibid). Steindal (2012) mener at 10% er et høyt tall.

1.3 Seksjonens forskningsområder

Høgskolen i Gjøvik har tre forskningsområder; utdanningskvalitet, kvalitet i sykepleie og helse i dagliglivet (Høgskolen i Gjøvik 2012). Forskningsområdet som vektlegges i denne oppgaven er kvalitet i sykepleie ved å øke kunnskapsnivået vårt for å sikre god kvalitet på symptomlindring. Reitan og Schjølberg (2010) beskriver sykepleierens kompetanse som viktig for at pasientens behandlingsresultater skal bli best mulig. Videre skriver de at dette ikke bare avhenger av kvaliteten på den medisinske behandlingen, men også kvaliteten på sykepleien som utøves.

1.4 Viktige teoretiske perspektiv

I følge Benner og Wrubels sykepleieteori skal sykepleierens utgangspunkt være de forhold som er viktige for det enkelte mennesket og meningen med situasjon. Hensikten er å hjelpe den enkelte til å leve i fortrolighet med det som er viktig for han, også under sykdom, lidelse og tap. De har et holistisk menneskesyn som vil si at en ikke kan skille kropp og sinn (Kristoffersen 2008).

Norsk forening for palliativ medisin (NFPM) (2007) vedtok i 2003 at det skulle utarbeides faglige retningslinjer for symptomlindrende behandling. I første omgang ville de ta for seg smerter, kvalme, obstipasjon, dyspné og delirium hos palliative pasienter. De skulle være kortfattede, oversiktlige og anvendelige i hele landet. Retningslinjene er hovedsakelig skrevet med tanke på kreftpasienter, men behandlingsprinsippene vil ofte kunne anvendes til pasienter med annen langtkommen og uhelbredelig sykdom (NFPM 2007).

Palliasjon er aktiv behandling, omsorg og pleie for pasienter med inkurabel sykdom hvor den forventede levetiden er kort. Det sentrale i palliasjon er lindring av pasientens fysiske symptomer og tiltak rettet mot psykiske, sosiale og eksistensielle forhold. Den palliative behandlingen verken fremskynder døden eller forlenger dødsprosessen, men ser på døden som en del av livet.

Målet med palliasjon er å gi best mulig livskvalitet til pasienten og kontrollere plagsomme symptomer. Effektiv symptomlindring krever at det blir gjort god kartlegging av pasientens plager og at pasientens behov ivaretas. NFPM (2007) foreslår Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) som et kartleggingsverktøy. ESAS er et verktøy som ofte blir brukt hos kreftpasienter med sammensatte symptomer. Dette blir brukt for å kartlegge flere symptomer samtidig og på den måten får man en helhetlig oversikt over pasientens problemområder (Reitan og Schjølberg 2010).

Det er viktig at pasienten får saklig, men skånsom informasjon om sykdomsutvikling og behandling. Informasjon er et viktig ledd for å opprettholde en god og åpen kommunikasjon mellom pasient og behandlerteam. Pasientens ønsker må hele tiden tas med i vurderingen, og alle tiltakene bør vurderes fortløpende ut fra intensjon og effekt, der virkning og bivirkning veies opp mot hverandre (Reitan og Schjølberg 2010).

1.5 Problemstilling

Som sykepleiestudenter i praksis har vi fått erfare at det å gi tilstrekkelig og god nok symptomlindring til kreftpasienter ved livets slutt kan være en utfordring. Vi har derfor valgt å skrive om kreftpasienter og symptomlindring i livets siste fase. Vi har dermed valgt å formulere følgende problemstilling:

«Symptomlindrende sykepleie til kreftpasienten ved livets slutt»

1.6 Avgrensning av problemstillingen

Avgrensning til oppgaven er å fokusere på pasienter som er i symptomlindrende behandling ved en medisinsk sengepost i spesialisthelsetjenesten. Aktuell pasientgruppe for denne oppgaven er pasienter over 70 år og kognitivt friske. Grov (2010) skriver at ved alvorlig sykdom og i vanskelige situasjoner søker mennesket trøst, hjelp og støtte hos sine nærmeste (ibid). Den syke

har behov for forståelse, samvær og nærvær fra de pårørende (Nissen 1997). Vi er klar over den store betydningen pårørende har for pasienter som skal dø, men vi har valgt å ikke ha pårørende som et stort tema, dette grunnet oppgavens omfang. Pårørende vil likevel bli nevnt der det er nødvendig for å beskrive den aktuelle situasjonen.

Ved kreftsykdom kan pasienten oppleve mange forskjellige symptomer. Eksempler på disse er smerter, kvalme og brekninger, obstipasjon og diaré, fatigue, munntørrehet, vekttap (Almås 2010), delirium (Kaasa 2007), angst og depresjon (Sæteren 2010). For å gi en ytterligere avgrensning på vår oppgave vil vi fordype oss i symptomene smerte, kvalme og angst. Disse symptomene er valgt fordi de er blant symptomene som er mest utbredt og fordi tilstedeværelsen av det ene ofte bringer frem det andre. Sæteren (2010) hevder at smerte og kvalme er blant de vanligste fysiske symptomene hos terminale pasienter. Videre hevdes det at de fleste pasienter vil oppleve angst og frykt etter hvert som livet nærmer seg slutten (ibid). Bjørge (2010) skriver at smerte kan utløse og opprettholde kvalme og oppkast. Samtidig vil smerter forsterke pasientens emetiske problem som skyldes andre årsaker (ibid).

Psykisk stress over lenger tid, depresjon og angst kan fremkalle kvalme (Bjørge 2010).

Opplevelsen av smerte påvirkes av psykiske faktorer som blant annet angst og depresjon (Kreftforeningen 2013c). Psykologisk behandling kan redusere angstsymptomer og dermed redusere smerteintensiteten. Trygghet på seg selv og behandleren vil kunne redusere pasientens smerteopplevelse, i motsetning til angst som vil forsterke smerteopplevelse (Rosén og Stiles 2010). Denne teorien viser at disse tre symptomene følger hverandre tett.

Når vi bruker uttrykket terminal fase i denne oppgaven menes det pasienter med kort forventet levetid, hvor pasienten er ved bevissthet og det ikke er forventet hjemreise fra sykehuset. Med kort forventet levetid menes pasienter i livets aller siste dager. I denne oppgaven brukes uttrykkene terminal fase og livets siste fase synonymt.

Cytostatika- og strålebehandling er to sentrale årsaker til kvalme (Bjørge 2010). Vi velger å ikke utdype dette da vi tenker at vår pasientgruppe har avsluttet sin behandling før den terminale fasen, som vi vektlegger i denne oppgaven.

1.7 Formål og hensikt med oppgaven

Hensikten med denne oppgaven er å sette fokus på symptomlindrende sykepleie til terminale kreftpasienter. Med denne oppgaven har vi som mål å utarbeide et materiale som øker kunnskapsnivået om en sykdomsproblematikk sykepleiere vil møte og ønsker å øke sykepleiernes bevisstgjøring og kompetanse innenfor dette området. Vi ønsker også å kunne hjelpe annet helsepersonell i møte med terminale kreftpasienter. Kunnskapen som kommer frem i oppgaven kan relateres til behandling av andre pasienter i en terminal fase da symptomene kan være felles for flere sykdommer.

1.7.1 Kreft

I følge kreftforeningen (2013a) er kreft en samlebetegnelse på rundt 200 ulike kreftformer. For å erstatte cellene som dør naturlig, produserer kroppen hele tiden nye celler som erstatning. For at cellene skal kunne reprodusere seg dobler cellen arvestoffet sitt og deler seg deretter opp i to celler. Ved kreft er det oppstått skader i cellens arvestoff, slik at cellene deler seg i større og ukontrollerte mengder. Når disse kreftcellene deler seg ukontrollert, vil det oppstå en opphopning av syke celler i organet hvor celleveksten startet og man vil etter hvert få en kreftsvulst. Hos menn er prostatakreft, tykk- og endetarmskreft og lungekreft hyppigst, hos kvinner finner vi brystkreft som den vanligste formen etterfulgt av tykk- og endetarmskreft og lungekreft (ibid). Kreftregisterets statistikk viser at stadig flere overlever en kreftsykdom. Ved utgangen av 2010 levde 207 000 nordmenn etter å ha fått minst en kreftdiagnose. Til sammenligning var det 60 000 færre overlevende i år 2000. Selv om antallet døde går ned ser man at det i 2010 døde 11 036 nordmenn med minst én kreftform (Kreftregisteret 2012).

2.0 Metode

2.1 Litteraturstudium som metode

Denne oppgaven er en litteraturstudie. En forutsetning for at man skal kunne gjøre en systematisk litteraturstudie er at det finnes et tilstrekkelig antall studier av god kvalitet som kan utgjøre et utgangspunkt for vurderinger og konklusjoner. En litteraturstudie går ut på å systematisk søke, kritisk granske og deretter sammenfatte litteraturen i forhold til et område eller et problem. Litteraturstudier kan ha svakheter som at forfatteren for eksempel bare har tilgang til begrenset relevant forskning, utvalget av artikler blir valgt slik at spesialisten skal kunne besvare sitt standpunkt eller at forskjellige spesialister innen samme område kan komme frem til ulike konklusjoner (Forsberg og Wengström 2013).

Wengström og Forsberg (2013) hevder at å gjennomføre en systematisk litteraturstudie er å arbeide seg gjennom flere steg som inneholder:

- Problemformulering – problemstilling
- Formulere spørsmål som skal besvares
- Formulere en plan for litteraturstudien
- Bestemme søkeord og søkestrategi
- Identifisere og velge litteratur i form av vitenskapelige artikler
- Kritisk vurdere, kvalitets bedømme og velge den litteraturen som skal brukes
- Analysere og diskutere resultatet
- Sammenfatte og gi en konklusjon

(Forsberg og Wengström 2013).

2.2 Begrunnelse for valg av teori

I denne bacheloroppgaven har vi bevisst valgt ut teori som kan være med på å danne et grunnlag til å besvare vår problemstilling belyst i et sykepleiefaglig perspektiv. For å vise forekomsten av krefttilfeller og sykdommens utbredelse valgte vi å presentere dette i vår innledning. Med tanke på vår problemstilling tar vi for oss teori om smerter, kvalme og angst hos kreftpasienter i drøftingsdelen basert på resultater vi har funnet gjennom våre søk. Vi presenterer også utfordringer ved symptomlindring, sykepleiers rolle og teamarbeid, kommunikasjon og møte med den døende pasient for å gi oppgaven et sykepleiefaglig perspektiv. Ved å knytte drøftingen opp

mot Benner og Wrubels sykepleieteori får vi problematikken ned på et sykepleiefaglig nivå og belyser hvordan vi som sykepleiere kan se hele menneske gjennom et holistisk menneskesyn som deres teori tar utgangspunkt i (Kristoffersen 2008).

2.3 Metode for innhenting av artikler

Vi startet artikkelsøket tidlig for å finne gode vitenskapelige artikler som vi kunne benytte oss av. For å forenkle våre litteratursøk og for å finne artikler som på best mulig måte kan besvare vår problemstilling valgte vi å sette opp noen inklusjonskriterier:

- Kreftpasienter
- Livets siste fase
- Palliativ pleie
- Terminal fase
- Symptomlindring
- Kreftpasienter som blir behandlet i spesialisthelsetjenesten
- Vitenskapelige artikler
- Alder over 70 år
- Kognitivt friske

Vi valgte databaser fra biblioteket ved Høgskolen i Gjøvik sine nettsider. Ulike databaser ble prøvd ut, men vi følte oss mest trygge på å bruke Cinahl og Academic Search Elite. Vi har brukt perioden fra februar til april på vårt søk og søkeord som ble brukt var cancer, terminal care, anxiety, pain, quality of life, nausea, nursing og treatment. Mange av disse søkeordene ga mange treff så vi valgte å kombinere og komprimere våre søk. Vi komprimerte søkene ved å søke etter artikler i full tekst og ved å sette årstall som krav for artikkelsøket. Årstallene varierte blant de ulike søkene vi gjorde. Ut i fra resultatene vi fikk leste vi abstraktene på de artiklene vi syntes hadde passende overskrifter. Hvis vi følte at abstraktet i artikkelen passet til vår oppgave, leste vi hele artikkelen. Vi valgte artikler som er fagfellevurdert i vitenskapelige tidsskrifter. For å undersøke om tidsskriftet var på et vitenskapelig nivå benyttet vi oss av nettsiden NSD – Database for statistikk og høgre utdanning (2013) og søkte på ISSN-nummeret til tidsskriftet. Da får vi vite om tidsskriftet er vitenskapelig, enten på nivå 1 eller 2. De ordinære vitenskapelige tidsskriftene har nivå 1 og vitenskapelige tidsskrift med høyest internasjonal prestisje har nivå 2 (NSD 2013). Tidsskrifter som ikke var på et vitenskapelig nivå ga ingen resultater. Alle artiklene

vi har valgt har blitt publisert i et tidsskrift som har vitenskapelig nivå 1 eller 2. For at en artikkel skal være vitenskapelig bør den ifølge Nordtvedt m.fl. (2007) følge en struktur kalt IMRAD:

I – introduksjon: inneholder en hensikt, en problemstilling eller en påstand, og en presentasjon av relevant litteratur.

M – metode: hvordan er studien gjennomført og analysert

R – resultat: studiens funn

D – diskusjon: tolkning av resultatene

(Polit og Beck 2010).

Polit og Beck (2010) skriver at kvantitative og mange kvalitative artikler følger denne strukturen. Kvalitative studier er ofte vanskeligere å gjennomføre enn hva kvantitative studier er. Dette fordi kvalitative studier krever en mye større mengde arbeid enn hva kvantitative studier krever. Selv om det er mer arbeid med kvalitative studier er det ofte lettere å forstå informasjonen som kommer frem. En begrensning ved både kvalitative og kvantitative studier er at man ikke kan besvare spørsmål om etikk eller moral (Polit og Beck 2010).

Kvalitativ forskning forsøker ofte å få frem det dynamiske, holistiske og individuelle synet rundt problemstillingen og forsøker å få et mest mulig ærlig svar fra deltakerne. Kvalitativ forskning tar plass der problemstillingen er aktuell, for eksempel i en sykehusavdeling, gjerne over en lengre periode. Når forskerne går gjennom dataene som er samlet ved kvalitativ metode får forskerne en bedre innsikt i pasientens situasjon, nye spørsmål dukker opp og man samler flere data for å tilføye eller bekrefte de data man allerede har. Kvalitative data er fremskaffet gjennom ordrette referater fra dybdeintervjuer, notater fra observatører eller deltakernes personlige dagbøker. Fordelen med dybdeintervjuer ved kvalitative studier er at dataene man finner kommer fra mennesker med førstehånds kunnskap om problemstillingen (Polit og Beck 2010).

Forskere som benytter seg av kvantitativ metode benytter seg av en empirisk datasamling. Disse dataene er objektive og samlet inn direkte eller indirekte, og omhandler gjerne informasjon basert på deltakernes sanser fremfor personlige meninger og behov. Dataene samles systematisk og informasjonen som samles inn er gjerne nummerert med måleenheter slik at dataene kan

analyseres statistisk. Kvantitativ metode benyttes ofte innen sykepleieforskning hvor de ønsker å finne informasjon om ulike sykepleiefaglige problemer og utfordringer (Polit og Beck 2010).

2.4 Forskningsetikk

I alle studier som innebærer informasjon om mennesker må man alltid legge vekt på etiske problemstillinger. I sykepleiefaglig forskning er etiske prinsipper spesielt viktig å ivareta da avgrensningen mellom den praktiske sykepleien og datasamlingen som fremskaffes noen ganger kan være utydelig. Etikken som hele tiden må involveres kan føre til utfordringer fordi etikk i blant kan sette en stopper for det å legge frem riktige data av høy kvalitet. Dagens tanker rundt forskning og etikk legger stor vekt på menneskerettigheter og det å beskytte forsøkspersonene. Den første internasjonale etiske koden var Nürnbergkoden fra 1949. Denne koden dannet videre grunnlaget for Helsinkideklarasjonen fra 1964 (Polit og Beck 2010). I denne deklarasjonen vektlegges det at hensyn til forsøkspersonenes helse og integritet må gå foran hensynet til forskning og samfunn. Det er derfor opprettet komiteer for blant annet medisinsk forskningsetikk. Ut i fra etiske normer og verdier som har bred aksept i samfunnet har disse komiteene som oppgave å veilede og gi råd om forskningsetiske spørsmål. Det stilles også krav til at vitenskapelige artikler skal godkjennes av disse komiteene, før de eventuelt kan publiseres i ulike vitenskapelige tidsskrifter (Dalland 2012).

Mange profesjoner har laget egne etiske retningslinjer, dette gjelder også for sykepleieryrket. The International Council of Nurses (ICN) har laget ICN Code of Ethics for Nurses som er internasjonale retningslinjer, disse ble oppdatert i 2006 (Polit og Beck 2010). Norsk sykepleierforbunds yrkesetiske retningslinjer ble første gang godkjent i 1983. Retningslinjene beskriver sykepleiernes profesjonsetikk og de forpliktelser som følger med god sykepleie. I 2001 ble det bestemt at de yrkesetiske retningslinjene til NSF skulle revideres etter at ICN offentliggjorde sine etiske retningslinjer. Samfunnet er stadig i endring og retningslinjene bør derfor alltid gjenspeile dette i språk og innhold. Den medisinske, politiske og teknologiske utviklingen er stadig i endring samtidig som kravet til resultat i helsetjenesten stadig øker. Dette setter sykepleierne overfor nye problemstillinger (Sykepleierforbundet 2011). For å ivareta enkeltpersoners og samfunnets interesser innen forskning er velgjørenhet, respekt og rettferdighet viktige stikkord. Velgjørenhet innebærer god behandling og beskyttelse av forsøkspersonene slik at de ikke får fysiske eller psykiske skader av å delta i studien. Respekt betyr at forsøkspersonen

selv skal kunne bestemme over sine aktiviteter i dagliglivet inkludert den frivillige deltakelsen i studiet. Rettferdighet betyr at pasientene som deltar i studier har rett til riktig og god nok behandling og de skal ha muligheten til å ha et privatliv. Tiltak som er lagd for å beskytte enkeltpersoner og grupper som deltar i forsøk er anonymisering, bruken av informert samtykke og de positive sidene ved studien skal veie tyngre enn de negative (Polit og Beck 2010).

3.0 Resultater

3.1 Skjematisk fremstilling av forskningsartikler

Forfatter, Tittel, År, Land, Tidsskrift	Formål	Metode Deltakere	Resultat	Kildekritikk/relevans for oppgaven
<p>F.Marinangeli A.Ciccozzi M.Leonardis L.Aloisio A.Mazzei A.Paladini G.Porzio P.Marchetti G.Varrassi</p> <p>“Use of strong opioids in advanced cancer pain: a randomized trial”</p> <p>2004</p> <p>Italia</p> <p><i>Journal of Pain and Symptom Management</i></p>	<p>Hensikten med studien var å forsøke å evaluere bruken av sterke opioider som førstelinje behandling hos terminale kreftpasienter og sammenligne med de anbefalte retningslinjene fra WHO.</p> <p>Studien ønsket å være kritisk til retningslinjene fra WHO, i den grad effekt og begrunnelsen for å ikke bruke opioider som førstelinje behandling er relevant og da spesielt hos terminale kreftpasienter.</p>	<p>Randomisert kvantitativ studie.</p> <p>100 pasienter med diagnosen kreft deltok. Deltakere kunne ikke være kvalifisert for kurativ behandling eller palliativ behandling i hjemmet.</p> <p>Det var en og samme onkolog som definerte om deltakerne var aktuelle for studien. Deltakerne måtte være minimum 15 år, og ha smerter under 6 på en 10 cm skala.</p> <p>Pasientene ble tilfeldig delt inn i to grupper. Gruppe A ble behandlet i henhold til anbefalte retningslinjer fra WHO med sterke opioider som tredjelinje behandling. Pasientene i gruppe B startet umiddelbart på sterke opioider.</p>	<p>Av de 100 deltakerne ble 8 ekskludert av ulike årsaker.</p> <p>Dermed er 48 pasienter som ble behandlet i henhold til WHO's retningslinjer og 44 pasienter som ble behandlet med sterke opioider inkludert i studien.</p> <p>Pasientenes evaluering for behandlingen viste betydelige forbedringer når det gjaldt funksjonsnivå og sykdomsrelatert livskvalitet i forhold til ved start. Begge behandlingsgruppene hadde forbedringer når det gjaldt smerteintensitet. Endringene for livskvalitet og funksjonsnivå var lik i begge gruppene, likevel resulterte førstelinjebehandling med sterke opioider et bedre resultat mot smerter enn den som ble oppnådd hos pasienter som ble behandlet i forhold til WHO's terapeutiske retningslinjer. 85% av gruppe B definerte behandlingen som tilfredsstillende mot 80% blant gruppe A.</p>	<p>Studien følger tydelig IMRAD. Tidsskriftet har vitenskapelig nivå 1.</p> <p>Studien ble utført i henhold til Helsinkideklarasjonen og ble godkjent av den etiske komiteen ved universitet.</p> <p>Forskningsetiske overveielser er godt gjort rede for i studien, noe som gjør den mer troverdig.</p> <p>Studien er utført i et Europeisk land, Italia.</p> <p>Vi mener at denne studien har relevans for vår oppgave, nettopp fordi den tar for seg behandling av smerter. En svakhet for oss med studien kan være at den ikke spesifikt omhandler terminale pasienter, men vi mener at dataene som ble funnet er overførbare til behandling av terminale pasienter og dermed relateres godt til vår oppgave.</p>

Forfatter, Tittel, År, Land og Tidsskrift	Formål	Metode	Resultat	Kildekritikk
<p>Kolva, E. B. Rosenfeld H. Pessin W. Breitbart R. Brescia</p> <p>Anxiety in Terminally Ill Cancer Patients</p> <p>2011</p> <p>USA</p> <p><i>Journal of Pain and Symptom Management</i></p>	<p>Studien undersøker angst hos terminale kreftpasienter, inkludert utbredelsen av angstsymptomet, forholdet mellom angst og depresjon, og forskjeller mellom inneliggende pasienter og polikliniske pasienter.</p> <p>Studien undersøker også hva som skiller kjennetegn på svært engstelige og mindre engstelige pasienter.</p>	<p>Kvantitativ studie.</p> <p>194 pasienter med en terminal kreftdiagnose deltok.</p> <p>103 inneliggende pasienter mottok palliativ pleie og 91 mottok poliklinisk pleie ved et kreftsentert.</p> <p>Undersøkelsen brukte HADS.</p>	<p>18,6% av deltakerne hadde moderate angstsymptomer og 12,4% hadde alvorlige angstsymptomer.</p> <p>Det ble ikke funnet forskjell mellom de to behandlingsgruppene. Men pasientene som ble behandlet ved palliativ pleie viste til høyere tall av depresjon.</p>	<p>Følger IMRAD.</p> <p>Artikkelen er vurdert til vitenskapelig nivå 1 og er fagfellevurdert.</p> <p>Studien startet med 248 deltagere, 54 av disse fullførte ikke.</p> <p>Undersøkelsen viser til at det er få undersøkelser som er omhandler temæet angstutbredelse hos terminale kreftpasienter.</p>

Forfattere, Tittel, År, Land, Tidsskrift	Formål	Metode Deltakere	Resultat	Kildekritikk/relevans for oppgaven
Boström, B. Sandh, M. Lundberg, D. Fridlund, B. Cancer-related pain in palliative care: patient's perceptions of pain management 2004 Sverige <i>Journal of Advanced Nursing</i>	Hensikten med studien var å beskrive hvordan pasienter med cancer-relaterte smerter under palliative behandling oppfattet smertelindringen de mottok.	Kvalitativ metode. 30 pasienter ble strategisk valgt for intervjuer som innebar spørsmål med åpne svar om deres smerte og smertelindring. Pasientene måtte være orientert for tid og sted, svensktalende, ha behov for analgetisk behandling. Ha en av følgende diagnoser: kreft i lunge, tykktarm, bryst eller prostata. Intervjuene ble analysert ved å bruke en fenomenologisk tilnærming.	Studien ble delt inn i 3 kategorier: kommunikasjon, planlegging og trygghet. Pasientene hadde behov for en åpen og ærlig dialog med behandlere om alle problemstillingene rundt smerte og smertelindring. Pasientene hadde stort behov for god planlegging av behandlingen de mottok. Det kom også frem at når pasientene følte trygghet til behandlere økte evnen og viljen til å delta aktivt i behandlingen av smertene.	Tidsskriftet har vitenskapelig nivå 2. Følger ikke IMRAD til punkt og prikke, men innholdet er det samme som det ville være ved IMRAD. Ble godkjent av Komiteen for etikk innen medisinsk forskning, Universitet i Lund og Gøteborg, Sverige. En svakhet med studien kan være at ikke alle pasientene fikk behandling av palliativt team i sykehus, men funnene i studien er likevel relevant for vår oppgave. Spørsmålene i intervjuene var med åpne svar, derfor kan tolkningen av svarene ha satt sitt preg på resultatene. Studien er gjennomført i et nordisk land, Sverige.

Forfattere, Tittel, År, Land, Tidsskrift	Formål	Metode Deltakere	Resultat	Kildekritikk/relevans for oppgaven
Rustøen, T. Schjølberg, T.K. Wahl, A.K. ISSUES AND INNOVATIONS IN NURSING PRACTICE- What areas of cancer care do Norwegian nurses experience as problems? 2003 Norge <i>Journal of Advanced Nursing</i>	Hensikten med studien var å beskrive de største utfordringene som sykepleiere innen kreftomsorg møter daglig på jobb. Informasjonen de fant ble forventet å kunne bidra til å øke kvaliteten på sykepleien som utøves.	Kvantitativ studie. Det ble sendt ut mail til halvparten av sykepleierne som var medlem av Norsk forening for sykepleiere innen kreftomsorg. Totalt 464 sykepleiere. Deltakerne ble utvalgt randomisert ut i fra navn og geografisk tilhørighet. 43% (199) av de som mottok mail deltok i undersøkelsen.	Resultatene viste at sykepleierne opplevde angst som den største utfordringen. I tillegg var ernæring, utviklingen av kreftsykdommen, sorg, kvalme, oppkast og fatigue utfordringer som kom igjen hos mange av deltakerne. Deltakernes arbeidserfaring, arbeidssituasjon og utdanningsnivå hadde betydning for hva sykepleierne opplevde som utfordrende å behandle.	Tidsskriftet har vitenskapelig nivå 2. Følger ikke IMRAD til punkt og prikke, men innholdet er det samme som det ville være ved IMRAD. Deltakerne ble anonymisert noe vi anser som positivt. Studien er relevant for vår oppgave fordi den tar for seg hva yrkesgruppen sykepleiere opplever som utfordrende ved kreftsykepleie. Studien er gjennomført i Norge. En svakhet med artikkelen kan være at den er fra 2003, men utfordringene vil likevel kunne være overførbare til dagens kreftsykepleie.

Forfattere, Tittel, År, Land, Tidsskrift	Formål	Metode Deltakere	Resultat	Kildekritikk/relevans for oppgaven
<p>Bahrami, M. og P. Arbon</p> <p>How do nurses assess quality of life of cancer patients in oncology wards and palliative settings?</p> <p>2012</p> <p>Iran Australia</p> <p><i>European Journal of Oncology Nursing</i></p>	<p>Undersøkelsen tar for seg at livskvalitet er et utfordrende tema innen palliativ omsorg og i kreftavdelinger.</p>	<p>Kvalitative metode med intervju som hjelpemiddel.</p> <p>10 sykepleiere deltok i undersøkelsen og spørsmålene var med åpne svar.</p>	<p>Resultatene fra studien konkluderer med at kommunikasjon er et godt verktøy for å kartlegge livskvaliteten hos pasientene. Dette krever at sykepleierne har erfaring og kunnskap om å tolke pasientens nonverbale og verbale signaler.</p> <p>Spesielt nyutdannede sykepleiere var usikre på om de vurderte livskvaliteten riktig ut i fra observasjoner gjennom kommunikasjon.</p>	<p>Tidsskriftet artikkelen er publisert i er vitenskapelig nivå 1.</p> <p>Artikkelen følger IMRAD-strukturen.</p> <p>Artikkelen er av relevans for vår oppgave med tanke på at de tar for seg kommunikasjon som et verktøy for å kartlegge pasientens behov.</p> <p>Det er positivt at artikkelen ble publisert i 2012 og at vi får et perspektiv på hvordan kommunikasjon kan brukes i observasjon av pasienter.</p>

Forfattere, Tittel, År, Land, Tidsskrift	Formål	Metode Deltakere	Resultat	Kildekritikk/relevans for oppgaven
<p>Greaves, J. P. Glare L. J. Kristjanson M. Stockler M. Tatterstall</p> <p>Undertreatment of nausea and other symptoms in hospitalized cancer patients</p> <p>2009</p> <p>Australia</p> <p><i>Support Care Cancer</i></p>	<p>Formålet med studien er å gi en symptomprofil, særlig kvalme og behandling av kvalme hos pasienter med alvorlig kreftsykdom. Studien er en del av et større prosjekt som skal utvikle og innføre retningslinjer for behandling av kvalme.</p>	<p>Kvantitativ studie. Over en fireukers periode ble 214 inneliggende pasienter screenet, hvor 82 var aktuelle til å delta i undersøkelsen. Pasientene ble bedt om å fylle ut ESAS-skjemaer. Deretter ble pasientenes medikamenter registrert, med størst fokus på antiemetika og analgetika.</p>	<p>Tretthet, anoreksi, smerter og søvnløshet ble rangert som et stort problem. Smertelindring blir i studien fremstilt som tilfredsstillende og smerteintensiteten ble betegnet som mild eller ikke tilstedeværende hos 58 (71%) av deltakerne. 26 av deltakerne oppga kvalme som et problem. Minst ett antiemetikum var foreskrevet til 52/82 deltakere og i enkelte tilfeller hadde pasientene flere medikamenter. 32 av deltakerne fikk minst en dose og 24 av disse fikk behandling til faste tidspunkt. Det viste seg at 4 av pasientene som oppga moderat til alvorlig kvalme ikke fikk foreskrevet antiemetikum og at 5 andre pasienter fikk antiemetikum som ikke ble administrert av helsepersonell. Antiemetikum var effektiv behandling hos 25(78%) av pasientene. Hos de 7 pasientene hvor antiemetikum ikke var effektivt, ble blant annet medikamentene gitt til ulike tidspunkt.</p>	<p>Tidsskriftet har vitenskapelig nivå 1.</p> <p>Følger IMRAD-struktur.</p> <p>På grunn av manglende innsyn i pasientjournaler, fikk man ikke informasjon om årsaker til kvalme.</p> <p>Artikkelen er publisert i Australia, noe som kan bety at det ikke er helt like tilstander som i Norge.</p>

3.2 Analyse

Hensikten med analyse av studier er å organisere, strukturere og fremprovosere mening med informasjonen som er funnet (Polit og Beck 2010).

3.2.1 Livskvalitet hos terminale kreftpasienter

Rustøen, Schjølberg og Wahl (2003) hevder det vil bli en økning i antall mennesker som utvikler kreft og en økning i antallet mennesker som må leve med en kreftdiagnose. I Norge vil 4 av 10 menn og 7 av 20 kvinner utvikle kreft i løpet av livet. Ettersom antallet mennesker med kreft øker, vil sykepleierne få utfordringer med å gi alle pasientene god nok omsorg. Sykepleieren møter kreftpasienter i alle stadier og faser av en kreftsykdom hvor det kreves at sykepleieren har en god arbeidsmoral, relevant erfaring og utdanning (ibid). Bahrami og Arbon (2012) hevder at kreftsykdommen kan ha stor innvirkning på pasientens liv og sykepleieren må være i stand til å møte behovene som pasienten måtte ha. Sykepleierne i studien til Rustøen, Schjølberg og Wahl (2003) oppga psykososial problematikk, ernæring, kvalme/oppkast og tretthet som utfordringer i behandlingen. Sykepleiers erfaring og utdanning hadde også innvirkning på hva de mente var utfordrende å behandle (ibid).

Ifølge Bahrami og Arbon (2012) er informasjon om pasientens livskvalitet ikke bare viktig for den kreftsyke pasienten, men også for helsepersonell, spesielt sykepleiere. Når sykepleieren har informasjon om pasientens livskvalitet vil man lettere kunne kartlegge hvilke behov pasienten har, gjøre beslutninger og velge passende tiltak for å gjøre rollen sin og sykepleieren de utøver så terapeutisk riktig som mulig. Resultatene i studien underbygget tankene om at sykepleieren oppfatter pasientens signaler gjennom kommunikasjon og at kommunikasjon er en bedre metode for å kartlegge pasientens livskvalitet fremfor å benytte seg av andre verktøy. Sykepleierne i studien var til tider usikre på om de vurderte kreftpasientens livskvalitet på en riktig måte.

Gjennom å tolke signaler fra pasientene vil man kunne danne en mer helhetlig og sterkere rapport om pasientenes livskvalitet. Nyutdannede sykepleiere ønsket gjerne å benytte seg av verktøy som for eksempel retningslinjer for å vurdere pasienten, i stedet for å stole på sine egne oppfatninger og erfaring. Studien viser at etterutdanning og informasjon til sykepleierne er et viktig ledd for å kartlegge og få et mer helhetlig bilde av pasienten, slik at de får et best mulig behandlingstilbud (Bahrami og Arbon 2012).

3.2.2 Behandling av kreftsmarter og pasientens opplevelse

Boström m.fl. (2003) hevder kommunikasjon, planlegging og trygghet er viktige ledd i behandlingen av kreftsmarter. Pasientene ønsket at helsepersonellet de møtte skulle være vennlige, respektfulle, ærlige, engasjerte og faglig kompetente. Gjennom studien fant forskerne ut at alle pasientene hadde behov for en åpen og ærlig dialog med behandlere om smertelaterte problemer som pasienten opplevde. Det hadde også stor betydning at behandlere satt inne med kunnskap og erfaring slik at de kunne forstå pasientens nonverbale kommunikasjon. Mangel på kommunikasjon hadde i mange tilfeller ført til at pasienten ikke hadde fått mulighet til å diskutere drømmer, tidligere erfaring, kunnskap, frykt og atferd. Når kommunikasjonen var god, fikk pasienten en økt forståelse for smertene og bivirkninger som kunne komme som følge av behandling. For pasientene var det viktig med en strukturert hverdag og god planlegging rundt all behandling. Pasientene ga også uttrykk for at de ønsket å medvirke i planleggingen av smertebehandling på et tidlig stadium av sykdommen. Pasientene ble mer positive til smertestillende når planlegging og informasjon om behandlingen ble gjennomført på en god måte. For samtlige pasienter var det viktig å stole på seg selv og behandlerteamet som var rundt. Når pasientene følte seg usikre på helsetjenesten, sank selvfølelsen og viljen til å delta aktivt i behandlingen var ikke tilstede. Når de opplevde trygghet følte de en sikkerhet og viljen til å delta i smertelindringen økte (Boström m.fl. 2003).

WHO har egne retningslinjer for hvordan kreftsmarter bør behandles. De anbefaler ikke-opioider som førstehåndsbehandling, deretter svake opioider kombinert med ikke-opioider og til slutt såkalte sterke opioider i kombinasjon med ikke-opioider (Marinangeli m.fl. 2004).

Marinangeli m.fl. (2004) tar for seg en studie hvor hensikten var å se om pasienten hadde bedre effekt av å gå direkte til sterke opioider i stedet for å begynne på ikke-opioider, da spesielt med tanke på terminale kreftpasienter. I denne delen av analysen brukes uttrykkene gruppe B for den gruppen som fikk førstehåndsbehandling med opioider og gruppe A for de som fulgte WHO's behandlingsprinsipper (ibid). Studien viste at begge behandlingsstrategiene førte til en betydelig forbedring når det gjaldt sykdomsrelatert livskvalitet. Undersøkelsene viste at begge gruppene hadde god smertelindring uavhengig av hvilken behandlingsmetode som ble brukt og ved bruk av VAS viste det seg at scoren gikk ned etter behandling. Selv om begge gruppene hadde positiv nedgang i smerteintensitet og økt livskvalitet, viste det seg at gruppe B hadde betydelig bedre

lindring ved alvorlig smerte og at den helhetlige tilstanden var bedre. Resultater viste også at 85,6% av pasientene i denne gruppen definerte behandlingen som tilfredsstillende, mot 80,5% i gruppe A. Behovet for endring av behandling var betydelig mindre hos gruppe B enn hos A. Hos gruppe A var 49,4% av endringene legemiddelbytter og 50,6% doseendring. Mot gruppe B hvor 96,3% var dosebytter og 3,7% var legemiddelbytte. Uken etter byttene opplevde begge grupper bedring i smerteintensitet. Når det gjaldt bivirkninger var det kun én ting som skilte de to gruppene; kvalme. Kvalme hadde lavere forekomst i gruppe A enn i gruppe B. Når pasientene døde viste det seg at halvparten av pasientene i gruppe A mottok behandling med sterke opioider. Bruken av sterke opioider ble godt tolerert uten utvikling av avhengighet. Forskerne foreslo ut i fra innsamlet data å bruke sterke opioider som førstehåndsbehandling (Marinangeli m.fl. 2004).

3.2.3 Utdfordrende kvalme hos kreftpasienter

I studien til Greaves m.fl. (2009) var dårlig kvalmebehandling et sentralt tema hos kreftpasientene, men behandlingen viser seg likevel å være mer effektiv nå enn tidligere. På kreftavdelingene ved sykehusene i studien var ikke kvalme det mest utbredte symptomet, men minst ett antiemetikum var foreskrevet til 52 av de 82 deltakerne og i enkelte tilfeller hadde pasientene flere medikamenter. 26 pasienter oppga kvalme som et problem, dette betyr at flere av de øvrige deltakerne som ikke oppførte kvalme som et problem fikk antiemetikum som profylaktisk behandling. Antiemetisk behandling var effektiv i 78% av tilfellene. 13/26 pasienter som rapporterte kvalme som et problem opplevde moderat til alvorlig kvalme. Studien viser forbedringer rundt forskrivning av antiemetikum og at underbehandling forekommer sjeldnere enn før. Forbedringer kan blant annet skyldes endringer i helsevesenet de siste 20 årene, for eksempel mer støttende behandling, etablering av rådgivningstjenester og egne retningslinjer for symptomlindrende behandling i sykehus. I de tilfellene hvor pasienten ikke var tilfredsstillende kvalmelindret var årsakene at de enten ikke var foreskrevet antiemetikum, at medikamentene ikke ble administrert av helsepersonell eller at administreringen skjedde til ulike tidspunkt (Greaves m.fl. 2009)

3.2.4 Angst hos kreftpasienter

Kolva m.fl. (2011) skriver i sin artikkel at angst er en av de vanligste symptomene hos pasienter i livets siste fase. Pasienter med terminal kreft erfarer ofte angst rundt behandlingsprosessen, sykdommens utvikling, ukontrollert smerte, døden og usikkerhet om hva som skjer etter døden. Angst kan negativ effekten på medisinske prosedyrer. Angstsymptomer beregnes til å ramme 25 – 48 % pasienter som har kreft. De skriver også at etter en gjennomgang av litteraturen om psykiatriske lidelser hos kreftpasienter, konkluderte de med at angstlidelsene var et økende problem hos pasientene når de går fra å ha en avansert sykdom til en terminal sykdom (Kolva m.fl. 2011).

Deres undersøkelse viste at 18,6% av deltakerne hadde moderate angstsymptomer og 12,4% hadde alvorlige angstsymptomer (Kolva m.fl. 2011). I studien til Rustøen, Schjølberg og Wahl (2002) viser funnene at sykepleiere i kreftomsorgen opplever angst som den største utfordringen i praksis. Videre skriver de at de fleste sykepleiere i dag vil møte kreftpasienter i sin yrkeskarriere og at det trengs mer forskning på dette området (Rustøen, Schjølberg og Wahl 2002).

4.0 Diskusjon

I denne drøftingsdelen belyses sentrale temaer som er med å besvare vår problemstilling. Vi har valgt å benytte de vitenskapelige artiklene vi har funnet og annen relevant litteratur. I tillegg har vi oppsøkt Marie Eliassen som er kreftsykepleier ved Sykehuset Innlandet, avdeling Gjøvik.

Benner og Wrubels (Kirkevold 2006) omsorgsteori går ut på at omsorg er fundamentet i alt menneskelig liv og for sykepleie som tjeneste. Ordet omsorg brukes om et allsidig, verdiladet forhold mellom mennesker og det den enkelte anser som meningsfylt. Dette kan innebære andre mennesker, prosjekter eller situasjoner. Omsorg er menneskets evne til å bry seg om noe utenfor seg selv og på denne måte verdsette, knytte bånd til og handle i forhold til grunnleggende verdier (Kristoffersen 2008). Benner og Wrubel hevder også at omsorg er viktig i den forstand at det å vise omsorg skaper muligheter for å motta og yte hjelp, og at omsorg er en sentral forbindelse i utøvelsen av sykepleien (Kirkevold 2006).

4.1 Tverrfaglig samarbeid

Mange pasienter har ofte et sammensatt sykdomsbilde, som innebærer somatiske og psykiske symptomer. Disse pasientene kan ha behov for behandling hvor ulike yrkesgrupper bør være representert. Et tverrfaglig team vil gjerne ha en lege som ansvarlig, men likevel i et tett samarbeid med andre yrkesgrupper som sykepleier, sosionom, fysioterapeut og prest (Kaasa og Haugen 2006).

For at pasienten skal få en best mulig behandling er et godt samarbeid mellom sykepleier og lege viktig. Legen er oftest fraværende i avdelingen når pasientens problemer kommer til syne og da er sykepleiers kjennskap til og observasjoner av pasienten viktig for at legen skal få et helhetlig inntrykk av situasjonen. Det er pleiepersonell som tilbringer mest tid sammen med pasienten og dens pårørende, og det er de som observerer plager, utfordringer, hvilke tiltak som er effektive og hva som kan forverre pasientens tilstand. Enkelte vil hevde at god palliativ behandling avhenger av pleiepersonalets kompetanse (S. Husebø og B. Husebø 2001), mens vi har erfart i praksis at enkelte pasienter mener at god palliasjon avhenger den medikamentelle behandlingen som legen forordner.

Hos pasienter i en lindrende fase vet man ikke når problemene oppstår og derfor vil det være en fordel å få til et godt tverrfaglig samarbeid så tidlig som mulig. Det å lage en palliativ plan slik at lege, sykepleier og annet helsepersonell har samme informasjon og vet hvilke tiltak som skal settes i gang ved ulike situasjoner er verdifullt (S. Husebø og B. Husebø 2001). Eliassen (02.05.13) kunne også fortelle at et samarbeid på tvers av yrkesgrupper er viktig og at sykepleiere med erfaring gjerne kan bli spurt av legen hva de mener vil være passende behandling, medikament eller dose. En del leger kan være usikre i møtet med pasienter i livets siste fase. Som S. Husebø og B. Husebø (2001) forteller er det viktig at sykepleieren har kunnskap om de vanligste symptomene, tiltak og medikamenter som er hensiktsmessige i den lindrende behandlingen, ikke bare for sin egen del, men også for å støtte legen. Dette vil være med på å sikre at behandlingen pasienten mottar er adekvat slik at pasienten slipper å lide den siste levetiden (ibid).

4.2 Hva er god sykepleie?

Jakobsen (2005) mener begrepet «kvalitet i sykepleie» kan sidestilles med begrepet «god sykepleie». Norsk sykepleierforbund (NSF) har i sin definisjon av kvalitet i sykepleie valgt å ta utgangspunkt i verdier og egenskaper hos sykepleieren. Ifølge NSF's definisjon er sykepleiers respekt for livet og menneskets egenverd sentrale verdier. I tillegg er sykepleiers evne til å fremme helse, forebygge og lindre sykdom og lidelse, og det å benytte seg av forskningsbasert praksis viktige verdier for å fastsette om sykepleien som utøves er god. Egenskaper som også bør være tilstede er evnen til å beskrive egen handling og samhandling i praksis. Med dette menes det at sykepleieren må kunne reflektere over egne handlinger og avgjørelser, og beskrive dette på en slik måte at kunnskaper om teoretiske, praktiske og etiske overveielser som er gjort kommer til syne for de som måtte ha behov for denne informasjonen. Dette vises godt i situasjoner hvor tverrfaglig samarbeid er aktuelt, hvor andre yrkesgrupper kan ønske en innføring i hvorfor og hvordan sykepleien blir utført (ibid).

§4 i Helsepersonelloven beskriver kravene til utøvelsen av faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp fra helsepersonell til pasient med utgangspunkt i personellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjon for øvrig. Dette betyr at vi som sykepleiere skal arbeide ut i fra vår faglige kvalifikasjon og henvise pasienten videre til andre når vår kompetanse ikke er tilstrekkelig, og

dersom pasientens behov tilsier det skal samarbeid med annet kvalifisert personell også benyttes (Lovdata 2013).

Med dette grunnlaget mener vi god sykepleie utøves når sykepleieren reflekterer og handler etter egne og skrevne verdier og mål, er bevisst på innhold og mål i sykepleiefaget og aktivt arbeider for en positiv utvikling innen yrkesutøvelsen. Vi ser også at Helsepersonelloven sikrer at pasientene får forsvarlig og omsorgsfull behandling og at vi som sykepleiere og annet helsepersonell må benytte oss av tverrfaglig samarbeid i de situasjoner hvor vår kompetanse ikke er tilstrekkelig. Som S. Husebø og B. Husebø (2001) hevder er tverrfaglig samarbeid viktig for at pasienten ikke skal lide den siste perioden av livet.

4.3 Sykepleiers utfordringer

Pasienter som lever med en kreftsykdom er i en sårbar og krevende situasjon, dette krever desto mer av sykepleieren og sykepleien som utøves. Medisinsk behandling er ikke det eneste som avgjør hvordan pasienten lever med sin kreftsykdom. Lorentsen og Grov (2010) viser at gode og omsorgsfulle relasjoner mellom pasient og helsepersonell ofte er avgjørende for pasientens livskvalitet og helse. Dette kan kreve mye av sykepleieren og undersøkelser viser at respekt, empati og mot er viktige stikkord i møte med pasient og pårørende (ibid).

Da vi møtte Eliassen (02.05.13) kunne hun raskt gi oss en bekreftelse på at smerter, kvalme og angst er sammensatte komponenter som følger hverandre tett hos kreftpasienter i livets siste fase. Sykepleiere som arbeider i kreftomsorgen møter daglig pasienter med disse sammensatte plagene på sin arbeidsplass. Sykepleierens sentrale oppgave i møte med disse pasientene er ikke å behandle kreftsykdommen, men å lindre symptomene. Eliassen (02.05.13) kunne fortelle om mange ulike utfordringer sykepleieren kan møte på i hverdagen. Når en pasient ankommer avdelingen med en kompleks sykdomshistorie med sammensatte plager, blir utfordringen for sykepleieren å finne ut av hvordan man skal gripe situasjonen for å hjelpe pasienten på en best mulig måte. Det må vurderes om plagene skyldes kreftsykdommen i seg selv eller om de skyldes andre årsaker. I situasjoner som denne er det hensiktsmessig å fokusere på de fysiske symptomer før de psykiske (ibid). Rustøen, Schjølberg og Wahl (2002) har i sin undersøkelse funnet ut at sykepleiere ser på ernæring, sorg rundt kreftsykdom, kvalme og oppkast, utvikling av kreftsykdommen og psykiske symptomer som utfordringer i utøvelsen av sykepleie. Ved å lindre

fysiske symptomer kan sykepleieren roe ned situasjonen for pasienten. Dette gjør det lettere for sykepleierne å ha en samtale med pasienten om andre symptomer som oppleves plagsomme for vedkommende (Eliassen 02.05.13). Eliassen (02.05.13) fortalte også at samtaler med pasient og dens pårørende for å informere om at pasientens liv nærmer seg slutten må gis på en verdig måte slik at de forstår at vi som helsepersonell gjør alt vi kan for å lindre pasientens plager. Det må også presiseres at pasienten hele tiden har helsepersonell rundt seg som er tilstedeværende og støtter helt til livets slutt (ibid).

4.4 Møtet med den lidende og døende

Sykepleiere opplever det å gi omsorg til lidende eller døende svært forskjellig. I møte med døende viser det seg at de fleste sykepleiere mestrer situasjoner som lidelse og død på en omsorgsfull og god måte. Noen opplever lidelse og død som stressende eller truende, mens andre opplever situasjonen som lærerik, utfordrende og givende (Kalfoss 2010).

Som alle andre mennesker kan også sykepleieren påvirkes av døden. Selv om det ikke nødvendigvis er sykepleierens egen familie eller nære venner, får man etter hvert et forhold til pasienten og hans pårørende. Møtet med døende vil da kunne minne sykepleieren på tidligere personlige og yrkesfaglige sammenhenger. Dette kan utløse medfølelse, takknemlighet, stolthet, ærefrykt, lettelse eller håp hos sykepleieren. Situasjoner som dette kan gjøre at sykepleieren stiller seg selv spørsmål som kan være utfordrende, betydningsfulle eller som fremmer den enkeltes utvikling, som igjen kan være med på å forme sykepleierens handlinger ved senere anledninger. Sykepleiere som selv velger å arbeide med lidende og døende pasienter mener at de får en dyp innsikt og en berikelse i yrkeslivet og på det personlige plan. Møtet og styrken som mange av pasientene viser frem til det aller siste kan føre til beundring og ydmykhet hos helsepersonell som andre yrkesaktive kanskje ikke vil få (Kalfoss 2010).

4.5 Pasienten

Kreftpasienten møter mange utfordringer i sin sykdomsperiode. Informasjon om sykdommen, behandling, bivirkninger og møtet med døden kan være utfordrende problemstillinger for pasienten. For å imøtekomme pasientens utfordringer er det viktig at sykepleieren har god kompetanse innen fagfeltet (Reitan 2010).

Benner og Wrubel har et holistisk menneskesyn som går ut på å ikke skille kropp og sinn eller person og situasjon. Sentrale begreper i deres menneskesyn er kroppslig viten, pasientens bakgrunnsforståelse, situasjon og det som er betydningsfullt for pasienten. Pasienten er unik og hans bakgrunnsforståelse har betydning for tolkningen av kroppslige signaler og hvorfor den enkelte handler som han gjør. Sykepleieren bør få innsikt i pasientens livshistorie, hans opplevelse av kreftsykdommen og konsekvensene pasienten opplever. Konsekvenser ved kreftsykdommen kan være emosjonelle, kroppslige eller sosiale (Reitan 2010). Vi vil videre i diskusjonen fortelle mer om pasientens utfordringer.

4.6 Kommunikasjon

God kommunikasjon er grunnleggende for å utøve god sykepleie og er et godt verktøy for å bli kjent med pasienten, gi informasjon og fremme mestring. Som nevnt tidligere har kreftsykdom stor innvirkning på pasientens liv og dette stiller igjen store krav til sykepleieren som skal møte pasientens behov (Bahrami og Arbon 2012). Sykepleiers kunnskap og erfaring har stor betydning i kommunikasjonen med kreftpasienter (Reitan 2010). Gjennom sine undersøkelser fant Bahrami og Arbon (2012) ut at kommunikasjon også er et godt verktøy for å kartlegge pasientens livskvalitet og viktigheten av at sykepleier oppfatter pasientens verbale og nonverbale kommunikasjon. Når sykepleieren oppfatter pasientens signaler vil man kunne danne et mer helhetlig bilde av pasienten og på den måten kartlegge pasientens behov og igangsette tiltak. Et interessant punkt i studien var at en del sykepleiere, spesielt nyutdannede benyttet seg av standardiserte verktøy i stedet for å stole på sine egne observasjoner gjort via kommunikasjon med pasienten slik som erfarne sykepleiere gjerne gjorde (Bahrami og Arbon 2012).

Det er viktig å inkludere pasienten mest mulig. Pasienten spør ofte «Hvor lenge er det igjen?». Mange pasienter stiller spørsmålet fordi de ønsker et konkret svar, men det kan også være en måte å innlede en samtale på. Kommunikasjon innebærer ikke alltid å gi informasjon om en sannhet eller et budskap, men å oppmuntre pasienten til å delta i samtaler. Det er viktig å vise gjensidig tillit, lytte, gi pasienten god tid og skape trygghet. Disse punktene kan være viktig for at pasienten skal stille de spørsmålene som han ønsker svar på. Målet for slike samtaler er at den syke og hans pårørende skal forstå at pasientens liv nærmer seg slutten (S. Husebø og B. Husebø 2001). Benner og Wrubels omsorgsteori fokuserer på at omsorg er en måte å forholde seg til personer på og det å fremheve det menings- og betydningsfulle for en person (Kirkevold 2006). Med Benner og

Wrubels omsorgsteori i bunn ser vi at kommunikasjon er en god tilnæringsmetode for å fremme det meningsfylte og betydningsfulle for mennesker i livets siste fase. Eliassen (02.05.13) presiserte at det å tenke lenger frem i tid enn for eksempel én dag ikke er aktuelt da man arbeider med pasienter som er livets siste fase og man ikke vet hvor lenge pasienten kommer til å leve. Fokuset vil da ligge på det som skjer her og nå og hva pasienten ønsker å bruke dagen til. Som sykepleier er det viktig å planlegge vekten på en slik måte at pasienten kan utnytte de gode timene best mulig. Det å fortsatt se pasienten som levende er en grunnleggende tankegang for hvordan vi opptrer rundt vedkommende. Sykepleieren skal på best mulig måte lindre pasientens plager slik at han opplever livskvalitet helt til livet avsluttes (Eliassen 02.05.13).

Det står beskrevet i pasientrettighetsloven under §3.2 og §3.5 at pasienten har rett til informasjon hvis han ønsker det. Informasjonen som gis skal inneholde nødvendige opplysninger for at pasienten skal forstå sin helsetilstand, samt innholdet i helsehjelpen som blir ytet (Lovdata 2013). Det er legen og ikke sykepleier som står ansvarlig for å informere pasienten om diagnose, behandlingsmuligheter, prognosen og komplikasjoner ved kreftsykdommen, men sykepleieren er ansvarlig for å formidle informasjon til pasienten om sykepleien som skal utøves. Denne informasjonen må ta utgangspunkt i den aktuelle situasjonen og pasientens behov (Reitan 2010). For å oppnå god kommunikasjon med pasienter som er døende, vil det å sette seg inn i pasientens sykehistorie før sykepleier møter pasienten være en fordel. Med dette kan sykepleieren kommunisere med pasienten på en god måte fordi de har kunnskaper om hvilken diagnose pasienten har, hvilken behandling som har vært brukt og sykepleier vil kunne svare på spørsmål som pasienten har angående sin situasjon (Eliassen 02.05.13).

4.7 Symptomlindrende sykepleie

Symptomlindrende behandling betyr å lindre smerter eller andre plagsomme symptomer pasienten opplever. Kreftpasientenes sykdomsforløp vil stadig forandre seg og nye symptomer kan dukke opp etter hvert. Vi vil nå presentere de tre symptomene vi har valgt å fordype oss i; smerte, kvalme og angst.

4.7.1 Smerter

Begrepet smerte er pasientens samlede opplevelse av sanser, kognitive funksjoner og emosjonelle reaksjoner (Bjørge 2010). Hvor intens pasientens smerte er det kun pasienten som kan gi et godt svar på. Som Rustøen m.fl. (2008) viser til er smerter det mest fryktede symptomet hos kreftpasienter og det symptomet som sees oftest hos pasienter i palliativ fase. Mange vil kanskje tro at kreftsmerter er en bestemt form for smerter som lett kan behandles, men smertene hos kreftpasienter er gjerne sammensatt av ulike typer smerte. Dette kan kreve svært forskjellig behandling eller en kombinasjonsbehandling som lindrer smertene tilstrekkelig (Lorentsen og Grov 2010). Som Rustøen m.fl. (2008) forteller kan kreftsmerter være tumorrelaterte, behandlingsrelaterte, metastaserelaterte eller en kombinasjon av disse. For pasientene kan det være en enorm påkjenning å leve med smerter i tillegg til plager som oppstår som følge av smertene, slik som slapphet, kvalme, nedsatt matlyst og psykiske symptomer som depresjon og angst er tydelig representert blant pasienter med smerteproblematikk (Rustøen m.fl. 2008).

For at pasienten skal få optimal smertelindrende behandling er det avgjørende å behandle smertene med medikamenter (Rustøen m.fl. 2008). Som Eliassen (02.05.13) kunne fortelle er det veldig viktig at sykepleieren kjenner pasientens sykehistorie, hvilke ønsker pasienten har til smertelindring, hva som kan øke smertene og grunnårsak til smertene. Smertelindring kan ta tid og derfor er det viktig å sette et realistisk mål for pasienten (Lorentsen og Grov 2010). Ved å gi pasienten god informasjon om hva som er årsaken til at smertene ikke blir tilstrekkelig lindret med engang, vil gjøre at pasienten lettere holder motet oppe. Med grunnlag i dette ser vi at det er viktig å ikke love pasienten øyeblikkelig smertelindring. Det er ikke sikkert smertene lindres totalt og pasienten må kanskje godta noe smerte ved bevegelse (Eliassen 02.05.13). I disse tilfellene ser vi som sykepleiere at det er viktig å iverksette tiltak som kan være med å forebygge pasientens smerte. Et tiltak kan være å gi profylaktisk analgetikum før planlagt bevegelse, som for eksempel stell.

Når kreftsykdommen har kommet så langt at pasienten er i livets siste fase vil det kunne bli brukt analgetikadoser som er mye større enn pasienten tidlig i forløpet kanskje har hatt behov for (Rustøen m.fl. 2008). Årsaker til at dosen er veldig stor kan være at pasientene etter lengre tid med smertelindrende behandling har økt sin toleranse for medikamentet eller at smertene har økt i takt med sykdommens utvikling.

WHO's smertetrapp er en internasjonal veileder med behandlingsforslag til smerter ved ulike intensiteter. Hensikten med smertetrappen er å ha retningslinjer for smertelindring som sikrer alle kreftpasienter god nok behandling (Rustøen m.fl. 2008). I første omgang vil man ut i fra WHO's smertetrapp administrere ikke-opioide analgetika (for eksempel paracetamol, NSAIDS) ved vedvarende eller økende smerter. Dersom pasienten etter hvert føler at dosen ikke er tilstrekkelig vil man gå videre til neste trinn hvor svake opioider (for eksempel Kodein og Tramadol) og eventuelt ikke-opioider anbefales som behandling. Det siste trinnet i behandlingen igangsettes ved moderate til sterke smerter hvor sterke opioider (for eksempel morfin) er aktuelt i kombinasjon med ikke-opioider (Rustøen m.fl. 2008, Marinangeli m.fl. 2004).

På den andre siden har Marinangeli m.fl. (2004) sine meninger om WHO's smertetrapp. De var kritiske til trinn 1 av WHO's smertetrapp og bruken av ikke-opioider, og da spesielt hos terminale pasienter (Marinangeli m.fl. 2004). Som også Lorentsen og Grov (2010) underbygger har opioider god effekt på de fleste typer smerter og det finnes heller ingen øvre grense for dosestørrelse da det er pasientens smerter og effekt som avgjør dosen. Med dette kan man lett forstå at dosene er veldig individuelle og at de fort vil kunne endre seg i sykdomsforløpet. For at pasienten skal få riktig dose er et av sykepleierens tiltak å titrere. Titrere vil si å gi små mengder av medikamentet og observere virkning før man eventuelt administrerer mer til pasienten (Lorentsen og Grov 2010). Dette kan også relateres til at pasienten aldri må loves en øyeblikkelig smertelindring, da det ikke er noen fasit på hvor mye opioider en pasient maksimalt tolererer og at man alltid må vurdere seg frem til en passende dose (Eliassen 02.05.13).

Undersøkelsene til Marinangeli m.fl. (2004) viste at behandlingen ved bruk av WHO's smertetrapp var effektiv og 80% av pasientene var fornøyde med dette behandlingsprinsippet. Blant pasientene som hoppet over trinn 1 var også 85% av deltakerne fornøyde med behandlingen (Marinangeli m.fl. 2004). Som nevnt tidligere i oppgaven skal sykepleieren hjelpe pasienten til en verdig og fredfull død (Sæteren 2010). For å sette dette i perspektiv kan man se på Marinangelis m.fl. (2004) undersøkelser som viste at opioider hadde bedre effekt på alvorlige smerter, pasientene hadde færre bivirkninger og medikamentbyttene var betydelig mindre hos de som gikk rett til opioidbehandling. Med grunnlag i dette mener vi at å lindre smertene med opioider vil kunne gi pasienten fredfulle og smertefrie dager i siste fase av livet.

Som Boström m.fl. (2003) fant gjennom sine studier er kommunikasjon, trygghet og planlegging svært viktig for pasienten i behandlingen av kreft smerter. For å gjøre behandlingsperioden best mulig er individuell plan et godt hjelpemiddel som vurderes og oppdateres etter behov (Lorentsen og Grov 2010). Pasientene som deltok i studien til Boström m.fl. (2003) ga uttrykk for at en strukturert og godt planlagt hverdag er svært viktig for motivasjonen. Mange pasienter er usikre i forhold til bruken av smertestillende og begrenser inntaket til et minimum eller unngår smertestillende medikamenter. Dette kan relateres til at en del er redd for avhengighet til legemidlene de får foreskrevet, andre er usikre på bivirkninger, de har manglende kunnskaper eller har dårlig erfaring fra tidligere smertelindrende behandling (Boström m.fl. 2003), dette støttes også av Rustøen m.fl. (2008). Når pasienten av ulike årsaker ikke ønsker å ta medikamenter, er et godt samarbeid mellom pasient og helsepersonell nødvendig. Informasjon og undervisning til pasienten kan bidra til å redusere pasientens usikkerhet og øke forståelsen for medikamentenes betydning for god symptomlindring (Lorentsen og Grov 2010). På den andre siden møter vi pasienter som mener smerter hører til ved sykdom. Dette er ofte eldre mennesker som fra sine yngre dager har vært vant til at smerter er noe man vil venne seg til og at toleransen for smerter hele tiden vil øke (ibid), likevel er det viktig å informere pasienten om virkning av medikamentet.

Steindal (2012) hevder at mange sykepleiere og leger er usikre på å gi opiater. Dette kan være fordi de er redde for at pasienten skal slutte å puste, da enkelte medikamenter kan være med å redusere pasientens respirasjonsfrekvens. Hos noen pasienter er smertene komplekse og en del av smertene kan være psykiske. Dette kan skyldes for eksempel dødsangst eller sosiale utfordringer. Noen ganger blir det gitt opiater til disse pasientene (ibid), men det de egentlig trenger er noen å snakke med som kan vise omsorg.

Det finnes også ikke-medikamentelle tiltak og disse er aktuelle som et supplement til medikamentell behandling. Massasje, musikk, akupunktur, fysioterapi, avledning og avslapningsøvelser har vist seg å redusere pasientens smerteopplevelse. De nevnte ikke-medikamentelle tiltakene reduserer stress og er angstdempende (Lorentsen og Grov 2010, Stubhaug og Ljoså 2008). I følge Lorentsen og Grov (2010) påvirkes pasientenes smerteopplevelse av om velvære er tilstede eller ikke. For at pasienten skal føle velvære er det

ikke nødvendigvis store tiltak som må gjøres. Behovene hos pasientene er selvfølgelig veldig individuelle, men enkle ting som at pasienten skal ligge godt i senga, ha frisk luft i rommet, gjennomføre helt eller delvis morgenstell og kroppsvask, munnstell når det er ønskelig eller en ren skjorte slik at pasienten føler seg ren dersom pårørende kommer på besøk.

Som både Stubhaug og Ljoså (2008) og Lorentsen og Grov (2010) hevder kan kognitiv atferdsterapi ha en positiv innvirkning på smerteopplevelsen hos pasienten. Når pasienten har forståelse for situasjonen og er klar over sine forventninger setter dette i gang mekanismer som påvirker smerteopplevelsen (Lorentsen og Grov 2010). Det viser seg at mange pasienter har negativ erfaring med smerter og smertelindrende behandling. Forventningene om at smertene kanskje er tilbakevendende og økende i intensitet ved aktivitet gjør at mange vil tenke verst mulig utfall i forhold til behandling slik at de unngår skuffelser. Dette viser seg i negative tanker, depresjoner, forventninger om økte smerter og liten kontroll over egen situasjon. Dette er en negativ sirkel som kan påvirkes med kognitiv atferdsterapi hvor behandlingen har fokus på pasientens tanker, atferd, forestillinger og forståelse rundt sykdom og egen situasjon (Stubhaug og Ljoså 2008).

For å oppnå en optimal smertelindring trengs det et tett samarbeid mellom pasienten og helsepersonellet som behandler (Rustøen m.fl. 2008), dette bekreftes av at pasientens trygghet til behandlerteam har stor betydning for selvfølelse og innstilling til smertebehandling (Boström m.fl. 2003). Det er tydelig at pasientens trygghet har sitt utspring i sykepleiers kompetanse, erfaring og evne til å oppfatte verbale og nonverbale signaler som pasienten sender ut. For pasienten er det ikke alltid en selvfølge at alle ord og tanker kommer frem og sykepleiers viktigste oppgave blir i en slik situasjon å gjøre gode nok observasjoner ut i fra kroppsspråket og det pasienten forteller (ibid). Mangel på god kommunikasjon i tillegg til dårlig informasjonsflyt mellom pasient og helsepersonell kan være en årsak til at pasienten ikke forstår formål og årsak til behandlingen han får (Eliassen 02.05.13). Med dette forstår vi det slik at dersom kommunikasjonen og informasjonen mellom helsepersonell og pasient ikke er god nok vil det kunne få konsekvenser ikke bare for smertelindringen, men også pasientens behov for å diskutere tanker, drømmer, bekymringer og tidligere erfaringer.

4.7.2 Kvalme

Greaves m.fl. (2009) hevder at en tredjedel av pasienter med alvorlig kreft vil oppleve kvalme. For mer enn 20 år siden ble det konkludert med at kvalme var et underbehandlet symptom. På samme tidspunkt ble det funnet at kun én tredjedel av pasientene fikk antiemetika (Greaves m.fl. 2009). Mange pasienter betegner kvalme som en ubehagelig følelse av å måtte kaste opp, men det resulterer ikke alltid i oppkast. Oppkast er en rask tømning av mageinnhold (Bjørge 2010). Kvalme er ofte ledsaget av autonome symptomer som blek hud og kaldsvette, og kvalme kan være kroppens varsel om en skadelig påvirkning og oppkast fungerer som kroppens gastrointestinale forsvar. Brekningene som pasienten opplever er rytmiske kontraksjoner i diafragma og bukmuskulaturen i forbindelse med kvalme og kan medføre oppkast (ibid).

Gjennom praksis har vi fått erfare at kvalme kan være vanskelig å lindre og at det finnes mange årsaker til kvalme, for eksempel obstipasjon, angst og medikamenter eller smerte. Som Jordhøy m.fl. (2006) skriver kan metabolske forstyrrelser, dehydrering og infeksjoner også være utløsende årsaker. NFPM (2007) hevder at det finnes mange årsaker til at pasientene opplever kvalme og at årsakene ofte består av sammensatte faktorer som kan være utfordrende å løse. Før oppstart av behandling kreves det en nøye vurdering av årsakene til kvalmen (ibid). Et viktig behandlingsprinsipp ved kvalme er å rette behandlingen direkte mot årsaken (Bjørge 2010). Antiemetika er en medikamentgruppe som brukes i behandlingen av kvalme og det finnes forskjellige undergrupper av antiemetikum som grupperes etter virkningsmekanisme (Jordhøy og Aass 2007). Hos pasienter hvor kvalme og oppkast er behandlings- eller sykdomsindusert vil symptomlindrende tiltak være nødvendig. Om slike tiltak ikke iverksettes kan det over tid føre til at pasienten blir fysisk og psykisk utmattet. Det er vist at psykisk stress og angst i mange tilfeller kan fremme kvalme hos pasienten (Bjørge 2010). I praksis ser man at mange pasienter som sliter med angst utvikler kvalme (Eliassen 02.05.13) Her ser vi et eksempel på hvor tett kvalme og angst følger hverandre.

En del medikamenter kan føre til at de emetiske mekanismene hos pasienten aktiveres. Medikamentets dose og pasientens medikamenttoleranse, eliminering og metabolisme kan ha innvirkning på i hvilken grad et legemiddel fremmer kvalme (Bjørge 2010). Dersom pasienten har brekninger eller er kvalm, bør medikamenter per os unngås så langt det lar seg gjøre (Jordhøy og Aass 2007). Som Eliassen (02.05.13) forteller blir enkelte pasienter kvalme bare av tanken på

å svelge medikamenter og i disse tilfellene er administrering av medikamenter subcutant eller intravenøst aktuelt. Jordhøy og Aass (2007) skriver at kvalmestillende midler bør gis regelmessig og ikke kun ved behov og dette blir støttet av Greaves m.fl. (2009) som i sin studie fant ut at de pasientene som ikke fikk regelmessig administrering av medikamenter hadde dårligere effekt av behandlingen, enn de pasientene som tok medikamentene regelmessig og at medikamentene ble administrert av helsepersonell.

Eliassen (02.05.13) kunne fortelle at kvalmen hos vår pasientgruppe ofte er en direkte konsekvens av smerter eller at kvalmen kan skyldes de smertelindrende medikamentene. Pasienter som har smerter vil også kunne oppleve at kvalmen forsterkes (Bjørge 2010). Eliassen (02.05.13) hevder at det ikke vil være hensiktsmessig å behandle kvalme før smerter og at smertene alltid må lindres for å kunne behandle et annet symptom. Dersom pasienten opplever kvalme utløst av medikamenter foreslår Jordhøy og Aass (2007) å seponere medikamentet, endre dosen eller skifte til et annet medikament innenfor samme gruppe for å oppnå bedre effekt. Sykepleiers oppgave i behandlingen av kvalme vil da være å observere virkning av det kvalmestillende medikamentet etter medikamentbytter eller doseendring (Jordhøy og Aass 2007). Ifølge Eliassen (02.05.13) kan det også være aktuelt å behandle kvalmen med kvalmestillende medikamenter som Afipran og Zofran. Haldol er egentlig et antipsykotikum, men har også god effekt mot kvalme i tillegg til at den hjelper ved angstproblematikk (Eliassen 02.05.13).

Som nevnt er obstipasjon en av årsakene til kvalme. Obstipasjon kan som nevnt være en bivirkning av medikamenter, men kan også skyldes andre forhold. Utløsende årsaker til at pasienter i livets siste fase blir obstiperte kan være inaktivitet, lite eller manglende væske- og fiberinntak eller at kreftsykdommen har utviklet seg og svulstens beliggenhet hemmer tarmpassasjen (Lorentsen og Grov 2010). Behandling ved obstipasjon kan være laksantia for å fjerne avføring og væskebehandling dersom pasienten er dehydrert (NFPM 2007). Dehydrering kan også føre til elektrolyttforstyrrelser som igjen kan føre til kvalme (Jordhøy og Aass 2007), dette viser viktigheten av væskebehandling ved dehydrering.

I studien til Greaves m.fl. (2009) fikk 52 av de 82 pasientene som deltok i studien minst ett antiemetikum og dette fikk de som forebyggende behandling (ibid). Profylaktisk behandling mot kvalme er et viktig tiltak hos terminale pasienter da det ofte forventes kvalme i denne

pasientgruppen. Det viser seg at pasientene ofte blir behandlet med minst ett kvalmestillende medikament (Eliassen 02.05.13). Bjørge (2010) skriver at behandlingen bør tilpasses individuelt slik at effekten blir optimal for hver enkelt pasient. Videre vises det til at kombinasjonsbehandling med to eller tre antiemetikum har betydelig bedre effekt enn behandling med ett medikament (Bjørge 2010).

Eliassen (02.05.13) forteller at ro og hvile er viktig for pasientene, men det er også viktig å informere om at sykepleierne er til stede og kan være en støttespiller for pasienten når han selv måtte ønske det. Enkle ikke-medikamentelle tiltak kan være å ha frisk luft i rommet, dempet belysning (NFPM 2007) og at pasientrommet ser fint ut (Eliassen 02.05.13). Sjenerende lukt og synsinntrykk for pasienten bør unngås i den grad det er mulig. For eksempel bør brukte pussbekken fjernes umiddelbart etter bruk (Lorentsen og Grov 2010).

S. Husebø og B. Husebø (2001) mener at munnstell er noe av det viktigste sykepleieren kan gjøre for den terminale pasienten. For pasienten kan det å få et godt munnstell regelmessig og ved behov virke forfriskende og det tilfører munnen fuktighet (S. Husebø og B. Husebø 2001). Generelle pleietiltak som utøves av helsepersonell er viktig for pasientens velvære og kan være minst like betydningfullt for pasienten som medikamentell behandling. Videre bør det vektlegges å vise pasienten nærhet og vise at man tar seg god tid ved å legge til rette for pasientens ønsker. Generelle pleietiltak kan være å gi pasienten et godt nedentil-, hånd- eller fotstell dersom dette er noe pasienten verdsetter og ønsker (Eliassen 02.05.13).

Vår erfaring er at terminale pasienter sjeldent vil ha mat og at matlysten kan være sterkt nedsatt. Likevel ser vi viktigheten av å tilby mat, da en del pasienter kan ønske næring for å få en annen smak i munnen. Sykepleier kan med fordel tilby mat som pasienten synes er fristende (Eliassen 02.05.13) og små, hyppige måltider kan være hensiktsmessig fordi store måltider kan fremme metthetsfølelse (Bye 2010), som igjen kan føre til kvalme. I sykepleien som utøves til denne pasientgruppen er det viktig å ta hensyn til utløsende faktorer til kvalme som pasienten tidligere har erfart, det er derfor viktig å kartlegge de ulike faktorene for å unngå disse i pleiesituasjon (Jordhøy og Aass 2007).

4.7.3 Angst

Det er mange pasienter som ikke tar opp sine psykiske utfordringer med sin behandler, men de gir ofte uttrykk for at «noe trykker på». I praksis kan høye verdier av angst på en ESAS-måling være en innledning til samtale med pasienten om hans psykiske tilstand. Ved at sykepleier leder samtalen kan viktig informasjon om symptomets intensitet, varighet og forverrende eller dempende faktorer komme frem. Dette skal være med å diagnostisere pasientens plage og ulike behandlingsmuligheter vurderes (Loge 2007).

De fleste pasienter opplever angst etter hvert som sykdommen skrider frem og håpet om helbredelse blir svekket jo lenger ut i forløpet man kommer (Sæteren 2010). Angst kan oppleves som et intenst, kortvarig ubehag som oppleves i form av svette og hjertebank. Pasienter med angst kan oppleve økt indre spenning, nervøsitet, generell uro og manglende evne til å slappe av, kroppslige spenninger og ubehag i magen. Angstfulle pasienter rapporterer oftere et høyere nivå av smerteintensitet (Loge 2007).

Noen sykepleiere vil hevde at angst og andre psykiske plager er de symptomene som er vanskeligst å behandle (Rustøen, Schjølberg og Wahl 2002). Når mennesket blir bevisst på at livet går mot sin avslutning blir angst en aktuell problemstilling. Angst er den redselen pasientene opplever da de forstår at de snart skal dø og dermed vil slutte å være den personen de alltid har vært. Mange opplever også angst rettet direkte mot fysiske symptomer, som for eksempel smerte. Pasienten kan være redd for smerten og ubehaget de kanskje vil oppleve når døden nærmer seg og livet avsluttes (ibid). Også Kolva m.fl. (2011) hevder i sin studie at angst i forhold til behandling, sykdomsutvikling, smerte, død og usikkerhet rundt hva som skjer etter man er død ofte er representerte årsaker til angst blant kreftpasienter. 31% av pasientene i studien kunne fortelle at de hadde moderat til alvorlig angst (Kolva m.fl. 2011). Hos kreftpasienter med angstproblematikk kan det være avgjørende å forsikre pasienten om at han ikke kommer til å bli overlatt til seg selv og at vi som sykepleiere vil gjøre det vi kan for å forebygge og lindre plager som kan oppstå (Sæteren 2010). Ved å gi denne informasjonen til pasienten vil man fremme trygghet til helsepersonalet og viljen til å tenke positivt rundt behandling øker (Boström m.fl. 2003).

I livets siste fase kan mennesket oppleve situasjoner de tidligere aldri har hatt erfaring med og dette er noe vi som sykepleiere må være klar over. Mange av disse pasientene trenger noen å snakke med slik at de får satt ord på spørsmål og tanker de sitter inne med. Også her er kommunikasjon viktig, et etablert tillitsforhold med gjensidig respekt mellom sykepleier og pasient er avgjørende for at pasienten skal åpne seg. Slike situasjoner krever også at sykepleieren har gode kunnskaper om kommunikasjon og mot til å snakke om temaene som pasienten ønsker å ta opp (Sæteren 2010). Ved å inkludere pasienten i avgjørelser om hva som skal skje med kroppen etter døden kan for mange være en trygghet. Kreftpasienter som opplever angst må alltid få tilstrekkelig med tid til å bearbeide sin frykt og en metode er å sette ord på det de frykter mest i en atmosfære som representerer respekt og omsorg (ibid).

Eliassen (02.05.13) kunne opplyse at kreftpasienter som er døende og inneliggende på sykehus ofte opplever angst i forbindelse med medikamenter, måten de administreres på og tanken på å ta medisinene som legen forskriver. Årsaker til at pasientene er engstelige for medikamenter kan være kvalme, bivirkninger og sløvhets. Ved sykehusavdelingen Eliassen arbeider er Sarotex og Haldol ofte brukte medikamenter mot angst. I praksis jobber sykepleierne med fokus på nærhet og samtaler med pasientene. Dette gjøres for å fremstå som støttende for pasienten, ved å blant annet informere om medikamenter og deres virkning. Dette er med på å forebygge utviklingen av angst hos disse pasientene (ibid).

Loge (2007) underbygger Eliassen (02.05.13) og hennes kollegaers holdninger til nærhet og samtaler med pasientene. Alminnelig respekt, interesse og forståelse for pasientens situasjon og støtte oppleves positivt for pasienten. Psykiske plager bør diagnostiseres på lik linje med somatiske plager før pasienten mottar medikamentell behandling for de psykiske ubehagene. Medikamentell behandling kan i sammenheng med pasientens grunnsykdom gi positive eller negative utslag. Som for eksempel fører ofte SSRI-preparater til gastrointestinale bivirkninger og hvis pasienten allerede plages med kvalme vil dette være med på å opprettholde problemet (Loge 2007).

Hos pasienter som har angst er det blitt dokumentert at kognitiv terapi ikke er gjennomførbart hvis pasienten er i en terminal fase, men i samtaler med pasienten kan ulike elementer fra denne behandlingsformen benyttes (Loge 2007). Mange av pasientene som er plaget med angst kan ha

forventninger om at noe negativt skal skje ut i fra tidligere sykdomserfaring, men disse forestillingene trenger nødvendigvis ikke å ha sammenheng med dagens medisinske praksis. I den ikke-medikamentelle behandlingen av angst kan pasienten ha nytte av at sykepleieren fokuserer på det pasienten klarer selv. Pasientens egeninnsats bør individuelt evalueres og forventninger til pasienten må samsvare med hans aktuelle funksjonsnivå. Det er her viktig at vi som sykepleiere ikke går inn i situasjoner hvor pasienten selv klarer å utføre handlingen. Samtaler som blir gjennomført skal bære preg av respekt for pasientens aktuelle problematikk og ikke bære preg av det og forsøke å «trøste» som kan virke bagatelliserende. Ofte kan konkrete avtaler være et godt hjelpemiddel slik at redde pasienter ikke er alene i lengre tid om gangen (ibid).

4.8 Den terminale fasen

Det er vanskelig å fastslå et tidspunkt for når et menneske skal dø. Det er viktig at uansett når et menneske skal dø, bør han stimuleres til å leve og utnytte de dagene som er igjen og fylle de med mening (Sæteren 2010). Som nevnt er angst for døden ofte representert blant terminale pasienter. I slike situasjoner er det viktig å fortelle pasient og pårørende at vi som helsepersonell vil lindre plagene som kan oppstå (Hjort 2008). Sæteren (2010) viser at pasienter som opplever angst i livets slutfase kan være angstfulle i forhold til den ukjente skjebnen og døden eller tomheten og meningsløsheten som følge av sykdommen. Tanken på å ikke lenger leve og tanken på at kroppen skal gå i oppløsning kan for mange oppleves som truende. Det å sette ord på disse tankene kan ha stor betydning og kan hjelpe pasienten til å falle i ro (ibid).

Å dø av kreftsykdom kan innebære at man får tid til å venne seg til tanken om at man skal dø (Sæteren 2010). Det å forsones seg med døden kan for mange være en vanskelig prosess (Hjort 2008). Sæteren (2010) hevder at mennesker som er på grensen mellom liv og død henter håp, mot og styrke fra tanken om en kraft som er større enn livet og enkelte vil mene denne kraften kan kalles for tilstedeværelsens grunn, Gud eller en kjærlig kraft. Håpet kan være både sterkt og svekket. For terminale pasienter er ikke håpet først og fremst knyttet til helbredelse, men til det å få den hjelp man trenger. Håp er ofte fremtidsrettet, men gir trøst i nuet. For noen pasienter kan håpet være knyttet til oppstandelse, nytt liv og gjenforening med kjære som har gått bort tidligere. Når livet nærmer seg slutten, er håpet kanskje knyttet til det å kunne forsones seg med

døden og få styrke til å forlate livet. Det å dø blir det mest naturlige som kan skje med pasienten, etter hvert som dødsprosessen skrider fram (Sæteren 2010).

Gjennom vår erfaring har vi sett at mange pasienter får en god død. For oss er en god død at pasienten er godt symptomlindret både fysisk og psykisk, og med dette mener vi at pasienten dør fri for blant annet smerte, kvalme, angst eller uro. Vi anser også pasientens forsoning med døden og tanken på å forlate de man er glad i som viktig. Mange pasienter er redde for å dø alene og vi anser det som verdifullt at pårørende eller helsepersonell er tilstede. Vi vil presisere at dette er vår oppfatning av en god død og at det ikke finnes et godt fasitsvar på dette.

Myskja (2012) hevder at hver enkelt dødsprosess er individuell og variasjonene er store fra pasient til pasient. Den perioden av dødsprosessen som er aktuell for vår pasientgruppe kalles preterminal og terminal fase. Myskja (2012) hevder at disse fasene starter to til tre uker før døden inntreffer. Vi velger å slå disse sammen da vi ser at de lett glir over i hverandre og at de på mange måter er veldig like.

En naturlig del av prosessen er at pasientens fysiske helse svekkes. Mat- og væskeinntaket vil hos de aller fleste reduseres og næringsopptaket i tarmen kan svekkes. Hvis næringsopptaket er nedsatt kan det være en fordel å gi alle medikamenter subcutant, intramuskulært eller intravenøst. Nedsatt væske- og matinntak kan føre til at tarmfunksjonen hos enkelte stopper og mange opplever også urinretensjon (Myskja 2012).

Pasientene er gjerne sengeliggende og fysiologiske endringer i hudfarge, kroppstemperatur, blodtrykk og puls vil vise seg når døden nærmer seg for pasienten. Det vil være nødvendig å informere pasient og pårørende om tilstanden og gi et bilde av hvordan dødsprosessen vil utvikle seg videre. Dette bør gjøres på en slik måte at pasient og pårørende er forberedt på forandringene som vil komme.

Terminale pasienter er ofte plaget med slim i luftveiene eller væske i lungene. Dette kan føre til mye hoste og det å snakke blir ofte anstrengende for pasienten (Myskja 2012) og da er det viktig å observere pasientens nonverbale kommunikasjon. Myskja (2012) forteller også om andre vanlige plager i denne fasen som pustevansker, uregelmessig hjerterytme og nedsatt blodsirkulasjon som fører til at organene etter hvert vil svikte og cyanose og kalde ekstremiteter vil bli tydeligere. Pasienten vil etter hvert bli mindre kontaktbar og vil da respondere dårlig på tiltale og aktivitet som foregår rundt (Myskja 2012).

Som nevnt tidligere er dødsprosessen svært individuell, noen vil være våkne store deler av tiden eller bare av og til, mens andre ikke vil være kontaktbare i det hele tatt. Selv om pasienten ikke er kontaktbar, kan indre uro med følgende bevegelser vise seg som rastløshet og repeterende bevegelser som å plukke på dyna (Myskja 2012). Vi har sett denne uroen hos ikke-kontaktbare terminale pasienter i praksis og vi vektla nærvær og rolig atmosfære inne hos pasienten. Å holde pasienten i hånden eller stryke han over pannen kan ha en terapeutisk virkning på pasienten, ved at han føler at noen er der for han. I de tilfeller hvor pasienten utvikler Cheyne-Stokes respirasjon mener Myskja (2012) at dette kan være et tegn på at døden er nært forestående. Cheyne-Stokes respirasjon kjennetegnes som en pusterytme med lengre pustepauser opp til to minutter. Hørsel er den sansen som forsvinner til slutt (ibid) og derfor er det viktig at helsepersonell og pårørende alltid anser pasienten som levende inntil han faktisk dør.

Når døden inntreffer vil hjertet slutte å slå, respirasjonen vil stanse, pupillene stivner, kjeven vil falle ned og det kan sive urin og avføring. Den avdødes kroppstemperatur vil etter hvert falle og kroppens muskulatur vil etter tre til fire timer stivne. Den avdødes kropp vil kunne få en karakteristisk blek farge, og den delen av kroppen som ligger ned mot underlaget vil kunne bli blålig (Myskja 2012).

I Norge skjer 38% av dødsfallene i sykehus, mens 41% dør i sykehjem. En del sykehjem har nødvendige ressurser og personell med kompetanse innen symptomlindring og hvis pasienten allerede bor på sykehjemmet, vil det å dø der være det beste for pasienten. Dersom sykehjemmet ikke har kompetanse til å gi tilstrekkelig symptomlindring ved livets slutt vil det være nødvendig å sende pasienten til sykehus. Ved sykehuset vil pasienten få tilfredsstillende symptombehandling i livets aller siste fase på grunn av sykehuspersonalets kompetanse og profesjonalitet. Dette er noe pasient, pårørende og sykehjemmets ansatte verdsetter (Steindal og Wergeland Sørbye 2012).

Mange pasienter ønsker å dø i sine egne hjem. I slike tilfeller er pasientens autonomi viktig og årsaker til at enkelte ønsker hjemmedød kan være at pasienten ønsker å være i kjente omgivelser og ha sine pårørende tilstede (Eliassen 02.05.13). En hjemmedød krever et godt samarbeid mellom pårørende og kommunehelsetjenestene. For at pasienten skal kunne dø hjemme er det avgjørende at pårørende er trygge i situasjonen og klar for innsatsen som må ytes. I tillegg må nødvendige hjelpemidler være tilgjengelig og helsepersonell må kunne stille opp døgnet rundt (Hjort 2008). For mange pårørende kan etter hvert situasjonen bli overveldende og her er det viktig å informere om muligheten for åpen retur til sykehuset (Eliassen 02.05.13). Vi har ut i fra praksiserfaringer sett fordelene ved å ha en lege å støtte seg til i situasjoner som oppleves som ekstra utfordrende for sykepleieren. For sykepleieren kan det være positivt å ha flere kollegaer å

kunne samarbeide med, slik at muligheten for støtte og refleksjon er tilgjengelig. Vi ser dette som en utfordring for sykepleiere i hjemmetjenesten hvor bemanningen er betydelig lavere enn ved en sykehusavdeling.

4.9 Kritisk vurdering av litteratur, teori og metodiske overveielser

I løpet av denne perioden har vi tilegnet oss mye kunnskap rundt det å søke etter og analysere vitenskapelige artikler. Ut i fra våre søkeord og ulike kombinasjoner av disse kan dette ha ført til at vi ikke har funnet artikler som kunne passet bedre til våre besvarelse. Gjennom perioden har vi også blitt mer kritiske til innhold i artikler og annen litteratur. For å underbygge teoriens troverdighet har vi valgt å drøfte ulik litteratur opp mot hverandre.

Så lenge vi mest sannsynlig vil arbeide innen det norske helsevesenet, ser vi at våre artikler publisert i andre land kan fravike fra norsk standard. Alle forskningsartiklene vi har funnet velger vi å presentere i seks matriser. Dette har vi valgt å gjøre for å gi leseren en bedre oversikt. I tillegg har vi valgt å legge ved søkematriser for å vise vår fremgangsmåte på søkene vi har gjort (Vedlegg 1). Vi har tatt oss god tid til å oversette og tolke artiklene på best mulig måte, men likevel ser vi at språkforståelsen kan ha medført noe avvik i tolkningen da artiklene er engelske.

I ettertid ser vi at vi med fordel kunne startet artikkelsøk i forkant av valget av hvilke symptomer vi ville fordype oss i. Symptomet kvalme opplevde vi som spesielt vanskelig å finne relevante vitenskapelige artikler om. Det viser seg at det er publisert mange artikler om lindring av kvalme, men disse var rettet mot cytostatika- og strålebehandling, noe vi mente ikke var relevant for vår problemstilling. Ved å velge et annet symptom kunne vi kanskje funnet flere og mer aktuelle artikler. Vi mener at det burde forskes mer på forekomst og behandling av kvalme hos terminale kreftpasienter, hvor kvalmen ikke nødvendigvis er cytostatika- eller stråleindusert.

For å kvalitetssikre noe av teorien vi har funnet valgte vi å oppsøke kreftsykepleier Marie Eliassen ved Sykehuset Innlandet Gjøvik for å få mer informasjon om hva som faktisk blir praktisert ute i avdelingen. For oss var det viktig å få bekreftet at de funnene vi gjorde i litteraturen stemmer overens med det som blir gjort i praksis. Vi fikk mye god og relevant informasjon som vi valgte å bruke i vår oppgave. Selv om vi kun snakket med én kreftsykepleier, har vi valgt å bruke informasjonen vi fikk fordi den støttet våre egne erfaringer og teorien vi

allerede hadde funnet. Vi opplevde Eliassen som svært kunnskapsrik og engasjert i utøvelsen av faget og det kom tydelig frem at hun hadde mye erfaring.

5.0 Konklusjon

Det viser seg at symptomlindrende sykepleie er en utfordrende oppgave. Vi som sykepleiere i samarbeid med lege kan iverksette mange tiltak for å lindre ulike plager hos pasienten.

Behandlingen til kreftpasienten er medikamentelle og ikke-medikamentelle tiltak og felles for begge er at de har som mål å gi pasienten en symptomfri avslutning på livet. Vi vil påstå at begge er like betydningsfulle og som Benner og Wrubel (Kirkevold 2006) hevder er det viktig å ikke skille kropp og sinn, men å behandle hele mennesket. For å sikre at pasienten får optimal symptomlindring i livets siste fase er det viktig med et tverrfaglig samarbeid mellom ulike yrkesgrupper, slik at alle behovene til pasienten blir dekket. I møte med den døende kreves det at sykepleieren har stor kompetanse og sykepleien som utøves må holde høy kvalitet og ha sitt grunnlag i viktige verdier som respekt for mennesket og livet, gir god omsorg og viser medmenneskelighet.

Symptomene smerte, kvalme og angst er sammensatte komponenter som kan oppleves utfordrende for både pasient og sykepleier. Disse symptomene kan fremkalle eller opprettholde hverandre og vil kunne gjøre ubehaget større for pasienten. For mange pasienter er medikamentell behandling nødvendig for å lindre de fysiske symptomene. Når disse er behandlet vil det ofte være nødvendig å rette fokuset mot de psykiske symptomene og her er god kommunikasjon et viktig verktøy. God kommunikasjon er grunnleggende for å fremme trygghet og bygge et tillitsforhold mellom pasienten og sykepleieren. For at pasienten skal få en symptomfri død ser vi at det er mange individuelle faktorer som må tas hensyn til. Vi mener at dette er et tema som det bør settes stort fokus da alle fortjener en god og verdig avslutning på livet.

6.0 Etterord

I denne bachelorprosessen har vi utarbeidet et materiale som tar for seg symptomlindrende sykepleie til kreftpasienter i livets siste fase. Temaet for denne bacheloroppgaven ble utarbeidet tidlig og vi valgte dette temaet fordi vi alle tre har opplevd situasjoner i praksis som krever symptomlindrende pleie til døende pasienter. Vi har sett at dette er en utfordring for sykepleiere. Disse erfaringene fra praksis gjorde at vi ønsket å finne ut mer om temaet slik at vi som autoriserte sykepleiere kan bidra til å gi annet helsepersonell kunnskaper de trenger i møte med denne pasientgruppen.

Etter arbeidet med denne bacheloroppgaven sitter vi igjen med mye ny kunnskap og mener vi har utarbeidet et godt materiale. Kunnskapen vi har fått innebærer at vi har blitt betydelig bedre på å søke etter forskningsartikler og disse ferdighetene ser vi at vi kan ha nytte av i yrkeslivet. I tillegg har vi tilegnet oss en bredere kunnskap om terminal omsorg, symptomlindrende pleie, sykepleiers utfordringer i møte med den døende pasient og hvor viktig god kommunikasjon er for å bygge et godt tillitsforhold med pasienter som er døende.

Ingen av oss har tidligere skrevet så store oppgaver som en bacheloroppgave og dette bød på nye utfordringer for oss. Vi har underveis i skriveprosessen fått god hjelp av vår veileder til å holde fokus på de viktigste temaene for vår oppgave. Vi ser en stor fordel ved å skrive sammen som en gruppe da vi hele tiden har muligheten til å diskutere oppgaven med noen som kjenner oppgavens innhold. Et godt samarbeid er viktig for å skrive en bacheloroppgave og vi vet at samarbeid er nødvendig i yrket som sykepleier.

7.0 Litteraturhenvisning

Bahrami, M. og P. Arbon (2012) How do nurses assess quality of life of cancer patients in oncology wards and palliative settings? I: *European Journal of Oncology Nursing* [online]. 16(3) URL: <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=4&sid=a7fe3985-7b14-43c9-a437-82fc66fff631%40sessionmgr111&hid=122&bdata=JmxvZ2luLmFzcCZzaXRIPWVob3N0LWxpdmU%3d#db=cin20&AN=2011559205> (28.02.13).

Bjørge, Steinar (2010) Kvalme og kvalmebehandling. I: Reitan, A. M. og T. Schjølberg (red.) *Kreftsykepleie – pasient – utfordring – handling*. Oslo: Akribe, side 186-193.

Bjørge, Steinar (2010) Smerte og smertebehandling. I: Reitan, A. M. og T. Schjølberg (red.) *Kreftsykepleie – pasient – utfordring – handling*. Oslo: Akribe, side 194-213.

Boström, B. m.fl (2004) ISSUES AND INNOVATIONS IN NURSING PRACTICE Cancer-related pain in palliative care: patients' perceptions of pain management. I: *Journal of Advanced Nursing* [online]. 45(4), 410-419. URL: <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?sid=385fbae6-56b9-4d3a-a595-998639099d4b%40sessionmgr114&vid=1&hid=103&bdata=JnNpdGU9ZWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=afh&AN=12127628> (24.04.13).

Bye, Asta (2010) Ernæring. I: Reitan, A. M og T. Schjølberg (red.) *Kreftsykepleie – pasient – utfordring – handling*. Oslo: Akribe, side 214-234.

Dalland, Olav (2012) *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Forsberg, C. og Y. Wengström (2013) *Att göra systematiska litteraturstudier – värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. Stockholm: Natur och Kultur.

Greaves, J. m.fl (2009) Undertreatment of nausea and other symptoms in hospitalized cancer patients. I: *Support care cancer*, 17: 461-464.

Grov, Ellen K. (2010) Pårørende. I: Reitan, A. M. og T. Schjølberg (red.) *Kreftsykepleie – pasient – utfordring – handling*. Oslo: Akribe, side 269-289.

Helse- og omsorgsdepartementet (2005) God forskning, bedre helse [online]. URL: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/nouer/2005/nou-2005-01/11/3/1.html?id=389700> (06.03.13).

Helsepersonelloven (2001) *Lov om helsepersonell m.v.* [online]. Lovdata. URL: <http://lovdata.no/all/nl-19990702-064.html> (08.05.2013).

Hjort, Peter F. (2008) Pleie og omsorg ved livets slutt. I: Kirkevold, M., K. Brodtkorb og A. H. Ranhoff (red.) *Geriatrisk sykepleie – god omsorg til den gamle pasienten*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag, side 447-455.

Husebø, B. og S. Husebø (2008) *De siste dager og timer – behandling, pleie og omsorg ved livets slutt*. Bergen: Medlex Norsk Helseinformasjon.

Husebø, S. og B. Husebø (2009) Hva er smerte? I: *Omsorg*. 26 (1), side 15-30. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørk AS.

Jakobsen, Rita (2005) *Klar for fremtiden?* Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Jordhøy, M. S. m.fl. (2006) Kvalme, oppkast og obstipasjon i palliasjonsbehandling. I: *Tidsskrift for Den norske legeforening* [online]. Nr. 5; 126: 620-3. URL: <http://tidsskriftet.no/article/1347846> (31.04.13).

Jordhøy, M.S. og N. Aass (2007) Kvalme og oppkast. I: Kaasa, Stein (red.) *Palliasjon*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag, side 471-486.

Kaasa, S. og J. H. Loge (2007) Diagnostikk innen palliasjon – en generell innføring. I: Stein Kaasa (red.) *Palliasjon*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS, side 75-88.

Kaasa, S. Og D. F. Haugen (2006) Fagfeltet palliativ medisin. I: *Tidsskrift for Den norske legeforening* [online] 2006; 126: 326-8. URL: <http://tidsskriftet.no/article/1332724> (01.05.13)

Kalfoss, M. H. (2010) Møte med lidende og døende pasienter – sykepleierens møte med seg selv. I: Almås, H., D. G. Stubberud og R. Grønseth (red.) *Klinisk sykepleie 2*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag, side 475-499.

Kirkevold, Marit (2006) *Sykepleieteorier – analyse og evaluering*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Kolva, E. m.fl. (2011) Anxiety in Terminally Ill Cancer Patients. I: *Journal of Pain and Symptom Management* [online]. 42(5), side 691-701.

URL: <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=3&sid=917327a8-4fb7-454f-a8a4-abea7f6ec250%40sessionmgr104&hid=103&bdata=JnNpdGU9ZWZWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d> (03.04.13)

Kreftforeningen (2013a) Hva er kreft [online]. URL: <https://kreftforeningen.no/om-kreft/hva-er-kreft/> (03.04.12)

Kreftforeningen (2013b) Lindrende behandling [online]. URL: <https://kreftforeningen.no/om-kreft/kreftbehandling/lindrende-behandling/> (08.04.13)

Kreftregisteret (2012) Kreftstatistikk [online].

URL: <http://www.kreftregisteret.no/no/Registrene/Kreftstatistikk/> (03.04.13)

Kristoffersen, N. J. (2008) Teoretiske perspektiver på sykepleie. I: Kristoffersen, N. J., F. Nordtvedt og E. A. Skaug (red.) *Grunnleggende sykepleie, bind 4*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag, side 13-99.

Loge, J. H., M. J. Hjermstad og S. Kaasa (2007) Delirium. I: Kaasa, Stein (red.) *Palliasjon*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Loge, J. H. (2007) Angst og depresjon. I: Stein Kaasa (red.) *Palliasjon*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS, side 531-545.

Lorentsen, V. B. og E. Grov (2010) Generell sykepleie ved kreftsykdommer. I: Almås, H., D. G. Stubberud og R. Grønseth (red.) *Klinisk sykepleie 2*. Oslo: Gyldendal Akademisk, side 401-437.

Marinangeli, F. m.fl. (2004) Use of Strong Opioids in Advanced Cancer Pain: A Randomized Trial. I: *Journal of Pain and Symptom Management* [online]. 27(5), 409-416. URL: http://ac.els-cdn.com/S0885392404000648/1-s2.0-S0885392404000648-main.pdf?_tid=f19e2b28-9ae8-11e2-bd00-00000aab0f6c&acdnat=1364833785_8e6bf92812299686f00c1bfc60db7e0 (03.04.13).

Myskja, Audun (2012) *Kunsten å dø*. Oslo: J. M. Stenersens Forlag.

Nissen, Anne (1997) Støtte til pårørende – er støtte til patienten. I: *Omsorg*. 14, nr. 1, side 5-8.

NSD (2013) *Publiseringskanaler – dokumentasjon* [online].

URL: http://dbh.nsd.uib.no/kanaler/kanalSok.do?tittelSoek=&issn=1011-6575&nivakode=&status_klasseid=&fagraad=&kanaltype=&fagkode=&landgruppekode=&sortering=1&oid=&search=advanced (06.03.13)

Pasient- og brukerrettighetsloven (2001) *Lov om pasient- og brukerrettigheter* [online]. Lovdata. URL: <http://lovdata.no/all/nl-19990702-063.html> (05.05.2013).

Polit, D. E. og Beck, C. T. (2010) *Essentials of Nursing Research - Appraising Evidence for Nursing Practice*. Philadelphia; London: Wolters Cluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.

Reitan, A. M. (2010) Kreftsykepleie. I: Reitan, A. M. og T. K. Schjølberg (red.) *Kreftsykepleie*. Oslo: Akribe AS 2010, side 21-34.

Rosén, G. og T. C. Stiles (2010) Smertebehandling og psykologi. I: Kaasa, Stein (red.) *Palliasjon*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Rustøen, T. m.fl. (2008) Kreft og smerter. I: Rustøen, T. Og A. Klopstad Wahl (red.) *Ulike tekster om smerter*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag, side 255-289.

Rustøen, T., T. K. Schjølberg og A.K. Wahl (2003) ISSUES AND INNOVATIONS IN NURSING PRACTICE - What areas of cancer care do Norwegian nurses experience as problems? I: *Journal of Advanced Nursing* [online]. 41(4), 342-350.
URL: <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?sid=8e54b1f3-90e9-47b5-ac8f-95434007669f%40sessionmgr104&vid=19&hid=123&bdata=JmxvZ2luLmFzcCZzaXRIPWVob3N0LWxpdmU%3d#db=afh&AN=9079426> (24.04.13).

Statistisk sentralbyrå (2012) Dødsfall, årsak. Hele landet [online]. URL: <http://www.ssb.no/a/kortnavn/dodsarsak/tab-2012-10-19-01.html> (03.04.13).

Steindal, Simen A. (2012) Livets tre siste dager. I: *Sykepleien* [online]. URL: <http://www.sykepleien.no/nyhet/823884/livets-tre-siste-dager> (25.04.13).

Steindal, S. A. og L. Wergeland Sørbye (2010) Er sykehjemmet et verdig sted å dø? I: *Forskning* [online]. Nr. 2, 2010; 5: 138-145. URL: http://brage.bibsys.no/diakon/bitstream/URN:NBN:no-bibsys_brage_13368/1/artikkel_steindal_4727.pdf (09.05.13).

Stubhaug, A. Og T. M. Ljoså (2008) Hva er smerte? I: Rustøen, T. Og A. Klopstad Wahl (red.) *Ulike tekster om smerter*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag, side 22-50.

Sykepleierforbundet (2011) Yrkesetiske retningslinjer, ICNs etiske regler [online]. URL: https://www.sykepleierforbundet.no/ikbViewer/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf (16.04.13).

Sæteren, Berit (2010) Omsorg for døende pasienter. I: Reitan, A. M. og T. Schjølberg (red.) *Kreftsykepleie – pasient – utfordring – handling*. Oslo: Akribes, side 235-256.

Høgskolen i Gjøvik (2012) *Undervisningsplan 2012, studieenhet 3, Bachelor i sykepleie 10HBSPLH*. Høgskolen i Gjøvik, HOS, seksjon for sykepleie.

Wergeland Sørbye, L. og S. Steindal (2009) Omsorg for døende og deres pårørende – hva har endret seg i løpet av en 30-års-periode? I: *Omsorg*. 26 (4). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørk AS.

8.0 Vedlegg

8.1 Vedlegg 1

Søkedato	Søkeord	Antall treff	Leste abstrakter	Leste artikler	Antall valgte
april	Cancer	116 548	0	0	0
april	Terminal care	10 073	0	0	0
april	Anxiety	29 328	0	0	0
april	Cancer and terminal care and anxiety	69	2	0	0
april	Cancer and terminalcare and anxiety	11	2	2	1
Cinahl: Anxiety in terminally ill cancer patients Komprimert søk: Linked full tekst. 2005 →					

Søkedato	Søkeord	Antall treff	Leste abstrakter	Leste artikler	Antall valgte
april	Pain	109 489	0	0	0
april	Pain and cancer	11 400	0	0	0
april	Pain and cancer and quality of life	1 821	12	0	0
april	Pain and cancer and quality of life and terminal care	78	10	2	1
Cinahl: Use of strong opioids in advanced cancer pain: a randomized trial Komprimert søk: Linked full tekst					

Søkedato	Søkeord	Antall treff	Leste abstrakter	Leste artikler	Antall valgte
april	nausea	5 884	0	0	0
april	cancer	284 201	0	0	0
april	nursing	153 614	0	0	0
April	Nausea and cancer and nursing	214	13	1	1
Academic Search Elite: What areas of cancer care do Norwegian nurses experience as problems? Komprimert søk: full tekst					

Søkedato	Søkeord	Antall treff	Leste abstrakter	Leste artikler	Antall valgte
april	Nursing	153 614	0	0	0
april	Cancer pain treatment	426	0	0	0
april	Cancer pain treatment <i>and</i> nursing	114	13	2	1
Academic Search Elite: Cancer-related pain in palliative care: patients perceptions of pain management Komprimert søk: full tekst					

Søkedato	Søkeord	Antall treff	Leste abstrakter	Leste artikler	Antall valgte
april	Nausea treatment	228	0	0	0
april	Cancer	212 058	0	0	0
april	Nausea treatment <i>and</i> cancer	131	4	1	1
Academic Search Elite: Undertreatment of nausea and other symptoms in hospitalized cancer patients Komprimert søk: full tekst. 2004→					

Søkedato	Søkeord	Antall treff	Leste abstrakter	Leste artikler	Antall valgte
april	Quality of life	31 561	0	0	0
april	Palliative care	5557	0	0	0
april	Nursing	96 543	0	0	0
april	Quality of life <i>and</i> palliative care <i>and</i> nursing	99	1	1	1
Academic Search Elite: How do nurses assess quality of life cancer patients in oncology wards and palliative settings? Komprimert søk: full tekst. 2006→					