

SPL 3902
BACHELOR OPPGAVE

08HBSPLH
GRUPPENR. 836

Smertelindring i livets sluttfase



HØGSKOLEN I GJØVIK
AVDELING FOR HELSE, OMSORG OG SYKEPLEIE.

MAI 2011

ORD: 10248

SAMMENDRAG

OPPGAVE

Kull: 08HBSPLH

Gruppe nr. 836.

TITTEL.

Hvordan kan sykepleieren gi god smertelindring i livets slutfase?

ENGESLK TITTEL.

How can the nurse provide good pain relief in the final stages of life?

Sammendrag:

Vi har valgt å skrive om hvordan vi best mulig kan gi den eldre pasient med kreft god smertelindring i sykehjem. Vi har brukt litteraturstudie som metode. Vårt valg av sykepleieteoretiker falt på Joyce Travelbee, da vi mener hun fokuserer mest på den mellommenneskelige delen av sykepleien. Den mellommenneskelige delen av sykepleien er det som er relevant for vårt valg av tema, fordi vi ønsker å ha fokus på den smertelindrende behandlingen av pasienten med kreft. Utgangspunktet vårt blir å løse problemstillingen ut ifra helhetlig omsorg, men vi har begrenset det til den fysiske og psykiske smerten på grunn av oppgavens ordbegrensning.

Nøkkelord: Sykepleier, smertelindring, livets slutfase, kreft.

ENGESLK TITTEL.

How can the nurse provide good pain relief in the final stages of life?

Summary:

We have chosen to write about how we best can provide the elderly patient with cancer good pain relief in nursing home. We have used literature as method. Our selection of nursing theorist fell on Joyce Travelbee, because we think she focuses mostly on the human part of nursing. It is the human part of nursing that is our choice of topic, because we want to have focus on the palliative treatment for the patient with cancer. Based on our issue of comprehensive care we want to solve the problem, but we have limited it to the physical and mental pain because word restriction of the assignment.

Keywords: Nurse, pain relived, final stage of life, cancer.

Innhold

1.0 INNLEDNING.....	5
1.1 Bakgrunn for valg av tema og problemstilling.	5
1.2 Avklaringer og begrensninger.....	6
1.3 Oppgavens oppbygging.	7
2.0 METODE.....	7
2.1 Litteraturstudie som metode.....	7
2.2 KILDEKRITIKK	8
3.0 TEORI.....	9
3.1 Del 1: Sykepleie.	9
3.1.1 Joyce Travelbee (1926 – 1973).....	10
3.1.2 Sykepleieprosessen.	11
3.1.3 Etikk.	11
3.1.4 SYKEPLEIERENS LINDRENDE FUNKSJON	11
3.1.4.1 Kommunikasjon og informasjon.	12
3.1.4.2 Dokumentasjon.	13
3.1.4.3 Autonomi.....	13
3.1.4.4 Kartlegging av smerter	14
3.1.4.5 Smertelindring.	14
3.1.4.6 Medikamenthåndtering.	16
3.1.4.7 Tverrfaglig samarbeid.....	16

3.2	DEL 2: DEN ELDRE PASIENT.	17
3.2.1	Aldringsprosessen.	17
3.2.2	Sykehjem som arena.	18
3.2.3	Hva innebærer det og ha kreft?	18
3.2.4	Smerter	19
3.2.4.1	Psykisk smerte	20
3.2.5	PALLIASJON	21
4.0	DRØFTING.	24
5.0	KONKLUSJON	32
6.0	ETTERORD	34
	LITTERATURLISTE:	35

1.0 INNLEDNING.

1.1 Bakgrunn for valg av tema og problemstilling.

TEMA: Hvordan kan sykepleieren gi god smertelindring i livets slutfase?

Vi er fire sykepleiestudenter som ønsker å skrive om hvordan vi som sykepleiere kan gi best mulig smertelindring til pasienter med uhelbredelig kreft i sykehjem. Vi mener vi må ha mer fokus på at pasientene skal være best mulig smertelindret i livets siste fase, og få en verdig avslutning. Vi mener det er viktig med god kunnskap rundt temaet smertelindring, da dette fører til utfordringer for oss sykepleiere i forhold til å observere, samle data, gi god informasjon til lege, dokumentere og evaluere pasientens behandling kontinuerlig. Vi har alle vært enige om å skrive om palliativ pleie. Bakgrunnen for vårt valg av tema er at vi alle fra tidligere yrkeserfaring har opplevd pasienter som vi mener lider unødig den siste tiden av sitt liv. Vi opplever at dette er et lite diskutert tema gjennom vår utdanning, derfor ønsker vi å øke vår kunnskap om dette.

Gjennom yrkespraksis har vi observert at det er mange eldre pasienter som dør av kreft på sykehjem. Mange har mye smerter og venter lenge på hjelp. Vi mener at pasienten kunne hatt betydelig mindre lidelser i livets siste fase, dersom det hadde blitt satt inn tiltak tidligere. Med livets sistefase mener vi de siste to til tre uker av pasientens liv. Sykepleieren har en sentral rolle i arbeidet med eldre som har smerter og ubehag relatert til sin sykdom, da det er sykepleierens oppgave å videreformidle informasjonen til legen.

Vi har gjennom oppgaven fått mange gode råd og tips fra veileder, sykepleierkollegaer og palliativ sykepleier. Dette har gitt oss mulighet til å se vårt tema fra flere innfallsvinkler.

Tusen takk for all støtte og for mange gode råd!

1.2 Avklaringer og begrensninger.

Vi har i denne oppgaven valgt å ta utgangspunkt i eldre pasienter med kreft i livets slutfase på sykehjem, hvor all kurativ behandling er avsluttet. Hovedfokuset i denne oppgaven blir den smertelindrende behandlingen. Pasienten vi omtaler i denne oppgaven er klar og orientert, med dette mener vi at pasienten er orientert for tid og sted. Vi begrenser det tverrfaglige samarbeidet til samarbeid mellom sykepleier og tilsynslegen i sykehjem, da det er mange andre faggrupper som ikke er relevant i forhold til vår problemstilling som for eksempel fysioterapeut. Vi ser viktigheten av samarbeid mellom de andre som jobber på sykehjemsavdelingen, som hjelpepleiere, men velger og forholde oss til pasient, prest, sykepleier og lege i oppgaven. Vi har valgt å ha hovedfokus på smerter hos den eldre pasient med langtkommen kreft. Vi velger å se på kreft generelt og ikke en spesiell kreftdiagnose.

Vi har valgt å ta med noen av Hendersons grunnleggende behov, da vi ser på dem som relevante i forhold til oppgaven. Hun er en av de som mener noe om de grunnleggende behovene og vi synes de er viktige i forhold til den palliativ pleien. Vi kommer ikke til å nevne noe om Henderson sykepleieteorier. Den palliative omsorgen har fokus på en helhetlig behandling til hver enkelt pasient som trenger pleie og omsorg ved livets slutt. Målet med den palliative behandlingen er å skape trygghet og best mulig livskvalitet, da det i denne i fasen ikke handler om å helbrede. I denne oppgaven har vi valgt å forholde oss til den fysiske og psykiske smerten. Det finnes også sosiale og åndelige smerter, men vi velger å utelukke disse fra oppgaven. Når den fysiske smerten blir dempet blir ofte den psykiske smerten mer fremtredende som, angst, uro og kvalme. Det er grunnen til at vi velger å ta med noe om den psykiske smerten. Vi mener det er viktig og se pasienten som helhet i den palliative pleie. Dette gjør vi fordi vi ønsker å se pasienten som en unik person og ikke som en pasient med kreft. Pasienten er målgruppen for den palliative pleien, og vi ser at pårørende spiller en viktig rolle i omstendigheter som har med døden å gjøre. Vi velger allikevel å konsentrere oss om pasienten og ikke pårørende i denne oppgaven.

Innen den palliative omsorgen har vi valgt å konsentrere oss om å best mulig smertelindre pasienten i livets slutfase. Vi mener at god smertelindring er når

pasienten opplever fysisk og psykisk velvære. Vi ser viktigheten av å gi smertestillende medikamenter kontinuerlig for å gi en god smertelindring, slik at pasienten slipper unødige smerter. Vi sier ikke noe om medikamentene, da dette er legens ansvar å forordne. Vi vil allikevel nevne sykepleierens oppgave og ansvar i forhold til medikamenthåndtering og våres plikt til å informere legen. Målet er at denne oppgaven skal gi oss mer kunnskap og trygghet som sykepleiere, slik at vi kan utføre sykepleie til døende pasienter på en trygg, god og meningsfull måte.

1.3 Oppgavens oppbygging.

Vi har valgt å dele inn oppgaven i 7 deler. Den første delen inneholder: Innledning, bakgrunn for valg av tema og problemstilling, avklaringer og begrensninger. Del to omfatter: Metode, litteraturstudie som metode og kildekritikk. Vi har valgt og dele teorien inn i to deler, "Sykepleie" og "Den eldre pasient". Del fire omfatter drøfting opp mot teorien vi har valgt ut ifra problemstilling, egne erfaringer og sykepleieteoretikers syn. Oppgaven avsluttes med konklusjon og etterord. Når denne oppgaven blir lest forutsetter det at leser kan sykepleiefaglige uttrykk, da dette ikke er forklart i oppgaven.

2.0 METODE

I dette kapitlet vil vi ta for oss valg og kritikk av metode, og hvordan vi har samlet inn data til oppgaven. Samt valg og kritikk av kilder vi har brukt.

"En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med til arsenalet av metoder" (Dalland, 2007, s. 81).

2.1 Litteraturstudie som metode.

Vår oppgave er en litteraturstudie. Den bygger på kunnskap fra bøker og andre skriftelige kilder og egne erfaringer fra yrkespraksis. Hovedsakelig har vi brukt

pensumlitteratur, fordi det var der vi fant mye relevant teori. Vi har også supplert med selvvalgt teori og artikler. Vi har søkt oss frem via BIBSYS, der vi har brukt søkeord som palliativ omsorg, kreft, smertelindring og omsorg ved livets slutt. Vi har valgt Joyce Travelbee som sykepleieteoretiker. Hun er opptatt av menneske til menneske forhold og vi ser på dette som relevant i forhold til møte med den kreftsyke pasienten i livets siste fase.

2.2 Kildekritikk

Kildekritikk er de metodene som blir brukt for å sjekke om en kilde er sann. Denne kritikken skal vise leseren hvordan forfatteren har tenkt når han har vurdert en kildes gyldighet og relevans (Dalland 2007).

Vi har funnet mye relevant litteratur, i form av pensumbøkene våre. Disse bøkene er skrevet for studenter og vi ser på denne teorien som en sikker kilde. Vi har også brukt selvvalgt litteratur, som er relevant i forhold til vårt mål med oppgaven. Noen av bøkene vi har funnet som selvvalgt litteratur er av eldre utgaver, og grunnen til at vi bruker disse bøkene er fordi de forklarer teorien på en bra måte. Artikkelen som vi har hentet fra Den Norske Legeforeningen som heter "*Standard for palliasjon*", er en artikkel som vi ser på som godt forankret i solid erfaring. Det har vært flere personer med bred kompetanse som har bidratt med å utforme denne artikkelen, noe som gjør at den blir pålitelig. Det som etter vårt syn kan være noe negativt i forhold til vår oppgave, er at artikkelen i utgangspunktet er rettet spesielt mot leger. Videre har vi valgt å bruke en artikkel fra: kunnskapssenteret.no, som heter "*Lindring av smerter hos kreftpasienter*". Dette er en rapport som Sosial- og helsedpartementet ønsket at skulle utarbeides for å finne ut hvor godt kunnskapsgrunnlaget om effekt av palliativ smertebehandling var. Denne artikkelen er også sterkt forankret i bred kompetanse og har et opphav som gjør at vi føler at vi kan stole på den. Vi har også benyttet oss av Lovdata som er lovverk og retningslinjer som vi bruker for å bygge opp under det vi skriver og mener.

3.0 TEORI

3.1 Del 1: Sykepleie.

I denne delen tar vi for oss sykepleieteoretikeren Joyce Travelbee, fordi vi mener hennes fokus på menneske - til - menneske forhold er relevant i forhold til oppgaven vår. Vi sier også noe om sykepleieprosessen.

3.1.1 Joyce Travelbee (1926 – 1973).

SYKEPLEIE - EN DEFINISJON.

Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktikeren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse og om nødvendig å finne mening med disse erfaringene (Travelbee 2007, s. 29).

Joyce Travelbee (2007) sier i sin definisjon av sykepleiens ansvarsområde, at en person som ikke er i stand til å mestre sin sykdom eller lidelse, eller finner håp og mening i disse situasjonene er en person som trenger sykepleie. Ut i fra dette er sykepleierens oppgave å hjelpe personen å finne håp og mening, slik at han kan mestre sykdommen. Sykepleie skal ikke ha handling som mål, men som et middel til å hjelpe et menneske. Travelbee (2007) har som fokus å opprette gode relasjoner mellom pasient og sykepleier, og at hvert menneske er unikt, likt men også ulikt alle andre.

Travelbee (2007) sier at sykepleiernes mål og hensikt bare kan oppnås gjennom etablering av et menneske - til - menneske forhold, og at dette forholdet ikke kan opprettes mellom roller, men utelukkende mellom mennesker.

Et menneske - til - menneske forhold i sykepleie er en eller flere opplevelse, og erfaringer som deles av den syke og sykepleieren. Et slikt menneske - til - menneske forhold blir etablert og ivaretatt av sykepleieren. Dette forholdet er viktig for å oppnå sykepleierens mål og hensikt.

Et av de viktigste redskapene sykepleieren har er kommunikasjon. Det er en formstyrt prosess som gjør sykepleieren i stand til å etablere et menneske - til - menneske forhold (Travelbee 2007).

Sykepleierens oppgave er å se mennesket i pasienten. Identiteten kommer bedre frem ettersom de blir kjent, og kontakten mellom sykepleier og pasient etableres.

Sykepleieren begynner å forstå hvordan pasienten opplever sin sykdom. I kontakt med pasienter som er svært syke og svake er empati, sympati og gjensidig forståelse viktige begreper. Empati er å ta del i og forstå den psykiske tilstanden pasienten er i. For å kunne vise empati må sykepleieren ha erfaringsbakgrunn, og et ønske om å forstå den syke. Empati er en forutsetning for å følge pasienten på veien gjennom sykdommen, og kan forstås som evnen til å sette seg inn og eller ta del i den andres psykiske tilstand i øyeblikket. Sympati er å bekymre seg for den andres lidelse og ha et ønske om å hjelpe pasienten. Sympati er holdninger, følelser og tankegang som formidles videre slik at pasienten forstår det, og den må bygge på gjensidig tillit (Kristoffersen m.fl. 2006).

3.1.2 Sykepleieprosessen.

Travelbee (2007) mener at sykepleieprosessen er det vi gjør for pasienten og sammen med han. Hun mener også at sykepleieprosessen tar sikte på å hjelpe pasienten til å mestre den sykdommen han har og de lidelsene som følger med.

Sykepleieprosessen omfatter to dimensjoner; problemløsning og samhandling. Samhandlingen mellom sykepleier og pasient har stor betydning for kvaliteten på pleien pasienten mottar, også om ikke situasjonen krever problemløsning. Det er viktig å møte pasienten med en holdning som formidler omsorg, og at pasienten føler seg respektert, akseptert og ikke minst forstått. Pasienten skal føle seg trygg å ha opplevelse av empati fra sykepleieren. Det er hvordan pasienten opplever sin egen situasjon som er viktig. Problemløsningen i en sykepleiesammenheng starter i det øyeblikket vi står overfor en person som har status som pasient, og med det mål å hjelpe den enkelte med problemene. Kunnskap om dette får vi gjennom datasamling.

Datasamling vil si at en samler opplysninger om pasienten og kartlegger hvilke behov pasienten har for sykepleierens hjelp (Kristoffersen m.fl. 2006).

3.1.3 Etikk.

Etikk er refleksjon over moralen, uskrevne normer og verdier. Verdier er det som har med godt og vondt å gjøre, og normer har med respekt, rettigheter og tillatelser.

Videreføring av normen respekt er respekten for den enkelte persons selvbestemmelsesrett. Allmenmoralen er videreført i sykepleien, der pasienten tilkjennes autonomi. Sykepleiere har yrkesetiske retningslinjer for etisk akseptabel atferd i utøvelsen som sykepleier (Slettebø 2009).

Sykepleieren skal alltid være bevist sin yrkesrolle, og ikke henwise til rutiner. Som det sies i yrkesetiske retningslinjer, har en sykepleier vedkjent seg sitt faglige og personlige ansvar for egne handlinger og vurderinger. Sykepleien skal utføres faglig og etisk forsvarlig. Sykepleieren har et personlig og faglig ansvar for at pasienten er godt ivaretatt i forhold til fysiske, psykiske og åndelige behov. Det er viktig med oppdatert fagkunnskap og våkenhet for hva som kan lindre pasientproblemer i den siste fasen av livet (Brinchmann 2008). De yrkesetiske retningslinjer forteller noe om hva disse pliktene handler om:

2.2 sykepleieren beskytter og bevarer liv til de fra naturens side må anses som avsluttet. Tiltak som har til hensikt å framskynde en pasients død, dvs. aktiv dødshjelp må ikke anvendes. En sykepleier må ikke hjelpe pasienten til selvmord. Å bidra til at hensiktløs livsforlengende behandling avsluttes, eller ikke påbegynnes, regnes ikke som aktiv dødshjelp (Brinchmann 2007, s. 95)

3.1.4 Sykepleierens lindrende funksjon

Det følgende kapitlet handler om hvordan vi kommuniserer med og informerer pasienten. Vi nevner dokumentasjon fordi det er en viktig del av sykepleierens oppgave. Autonomiprinsippet er viktig for å sikre pasientens rettigheter. Vi tar for oss kartlegging, smertelindring og medikamenthåndtering i forhold til pasienten. Viktigheten av samarbeid i et tverrfaglig team står sentralt i den palliative behandlingen.

3.1.4.1 Kommunikasjon og informasjon.

For sykepleiere kan kommunikasjon være like viktig som andre sykepleierprosedyrer. Vårt bidrag til kommunikasjonen bør helst preges av empati, sympati, høflighet og medmenneskelighet (Kaasa 1998).

Det er viktig med gode kommunikasjonsferdigheter innen palliativ behandling, fordi palliativ omsorg er en utfordring for sykepleier og pasient (Kaasa 1998). Det å fortelle et menneske at det skal dø kan være vanskelig, da en ikke vet pasientens reaksjon på denne informasjonen. Det er legens oppgave å gi pasienten denne informasjonen, men det er vi sykepleiere som skal være hos pasienten i ettertid og gi god palliativ pleie. Det å være hos pasienten i en slik fase krever kunnskap om kommunikasjon og samhandling (Kirkevold m.fl. 2008).

Det å forsones seg med sykdom og død er en vanskelig prosess å komme gjennom. Det er viktig at vi som sykepleiere forteller at vi kan hjelpe dem med deres plager, og at denne fasen kommer til å bli mest mulig smertefri for pasienten. Det kan være vanskelig å forsones seg med døden. Det er derfor viktig at pasienten får mulighet til å snakke om dette, da slike bekymringer kan føre til angst (Kirkevold m.fl. 2008). God kommunikasjon kan hjelpe pasienten til å takle sykdom bedre og akseptere døden. Den gode kommunikasjonen kan spille en sentral rolle i behandlingen av pasienten. For sykepleiere kan kommunikasjon være like viktig som andre sykepleierprosedyrer, og for pasienten kan dette være en mulighet til å få frem sin bekymring og engstelse. Ved å våge å stille spørsmål om pasientens forhold til sin situasjon og døden, kan sykepleieren hjelpe pasienten med å sette ord på sine bekymringer (Kaasa 1998).

Når en kommer til det punktet hvor det ikke er noen mening ved den livsforlengende behandlingen, blir formålet at pasienten skal ha best mulig livskvalitet den siste tiden. Under denne prosessen er det vesentlig at alle som er involvert i pasienten får denne informasjonen, slik at alle har de samme målene (Kirkevold m.fl. 2008).

3.1.4.2 Dokumentasjon.

I helsetjenesten dekker begrepet dokumentasjon alle nedtegnelser som blir gjort av helsepersonell, både av generelle og pasientrettede data. Det som skjer med pasienten gjennom et pleie- og behandlingsforløp skal være dokumentert i pasientjournalen og dette er med på å gi et bilde av forløpet. Derfor er dokumentasjonsplikt nedfelt i helsepersonelloven (1999) og i forskrift om pasientjournal (2009). Det som er nedskrevet fungerer som et juridisk dokument og synliggjør faglig ansvar (Kristoffersen m.fl. 2006). Det er juridiske og etiske rammer rundt sykepleiedokumentasjonen. Helsepersonelloven (1999 § 39-40) sier at journalen skal føres i samsvar med god yrkesskikk og skal inneholde relevante og nødvendige opplysninger om pasienten og helsehjelpen.

Når man dokumenterer er det viktig at språket er forståelig slik at det kan være et godt kommunikasjonsmiddel mellom ulike grupper helsepersonell som skal hjelpe pasienten. Sammenhengen mellom observasjoner, vurderinger, tiltak og resultater må komme frem. (Kristoffersen m.fl. 2006).

Når vi dokumenterer er det viktig at det dokumenteres hva som er pasientens utsagn og hva som er våre egne tolkninger. Når informasjon blir gitt til pasienten er det viktig at det dokumenteres hva pasienten har fått informasjon om, hvem som var tilstede, og hva konklusjonen ble. Dokumentasjon skal gjøres med respekt for pasienten som person og få fram pasientens synspunkter, samtidig som vi dokumenterer våre faglige vurderinger og handlinger (Kristoffersen m.fl. 2006).

3.1.4.3 Autonomi

I helsevesenet innebærer prinsippet om autonomi at pasienten i størst mulig grad skal ha medbestemmelse når det gjelder valg av behandling og pleie. Prinsippet om autonomi, er plikten helsepersonell har til å informere og ta pasienten med på råd når det skal tas avgjørelser som gjelder pasientens liv og helse (Kristoffersen m.fl. 2006). Pasientrettighetsloven (1999 § 3-1), sier noen om at pasienten har rett til å medvirke

ved gjennomføring av helsehjelpen, og at medvirkningens form skal tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon.

3.1.4.4 Kartlegging av smerter

Sykepleieren har ansvar for å kartlegge den eldre smerte og andre lidelser kontinuerlig. Her er det forskjellige hjelpemidler, som for eksempel VAS skjema (Visuell Analog Skala). Dette er en skala der en setter kryss på en skala fra 1 til 10, der 10 er verst tenkelig smerte. En slik nummerskala blir ofte kalt det femte vitale tegn, som sier noe om hvor viktig det er å kartlegge og dokumentere smerte (Kirkevold m.fl. 2008). Skjemaet bør ikke brukes opp mot eldre, fordi den stiller større krav til abstrakt tenkning da mange eldre kan ha kognitiv svikt. Abstrakt tenkning vil si å ikke bruke konkrete.

Som nevnt tidligere i oppgaven er pasientgruppen det handler om klar og orientert, vi velger derfor å bruke VAS-skjema som eksempel. Vi ser på dette som et godt redskap til å kartlegge smerten hos pasienter med kreft (Almås 2001).

Kartlegging og smertebehandling hos eldre er komplekst, fordi det ikke er noen selvfølge at eldre formidler smerte. Tapperhetsprinsippet som mange eldre lever etter er at en skal holde ut lengst mulig uten å klage. Dette kan ha uheldig virkning i forhold til behandlingen av smerte (Almås 2001). En viktig sykepleieoppgave er å observere tegn på smerter og å spørre pasienten regelmessig om han har smerter og hvordan han opplever disse. Det er legens ansvar å foreta medisinsk utredning av smerter og ta ansvar for den medisinske behandlingen (Kirkevold m.fl. 2008).

3.1.4.5 Smertelindring

Hovedmålet med all smertebehandling skal være at pasienten bør ha det så godt som mulig, uten unødige lidelser. Det er viktig at sykepleieren skaper tillit mellom henne og pasienten. Travelbee (2007) sier det er viktig å opprette gode relasjoner mellom pasient og sykepleier.

Det er viktig at sykepleieren gir smertelindring til pasienten når han trenger det, da pasienten ikke skal ha unødige smerter. Depotplaster er et godt alternativ til pasienter med smerter da de slipper å ta tabletter. Med depotplaster oppnår man en jevn og god smertelindring som varer i tre døgn, man bytter derfor depotplaster hver 3 dag (Jacobsen m.fl. 2001). Intramuskulær injeksjon virker tilfredsstillende i mange situasjoner, men absorpsjonen er varierende og til dels langsom, og en bør unngå å gi slike injeksjoner til gamle mennesker da de har nedsatt muskelmasse. Dette øker risikoen for forsinket eller forlenget effekt og fare for overdosering ved gjentatte injeksjoner. Det er også ubehaglig for pasienten å få injeksjoner flere ganger i døgnet. Subkutan injeksjon anbefales ikke ved akutte smerter, da absorpsjonshastigheten er for lav og usikker. Butterfly og smertepumpe er et godt hjelpemiddel når det gjelder kontinuerlig smertelindring. Til smertepumpen kan det gjøres i stand døgndoser som kommer ferdig fra apoteket. Denne metoden krever mindre overvåkning enn intravenøs infusjon. Butterfly blir lagt inn i øver/nedre del av abdomen, og butterfly kan ligge inne lengre enn en venekanyle. Når infusjonen går kontinuerlig har det lite å si om den blir absorbert sakte. Disse alternativene er gode om pasienten opplever bivirkninger eller det er for liten effekt ved per orale midler. Det kan også være et godt alternativ om pasienten ikke lenger er i stand til innta legemidler per os. God smertelindring er viktig slik at pasienten kan rette oppmerksomheten mot andre aspekter ved livet (Almås 2001).

Det kan være etisk vanskelig å gi pasienten smertestillende da vi er klar over at en for stor dose kan forkorte livet hans. Prinsippet om dobbelt effekt innebærer at man oppnår den gode effekten, som for eksempel ved at man gir morfin i den meningen at dosen skal smertelindre pasienten. Dosen er i utgangspunktet ikke stor nok til at pasienten skal dø, men det skjer likevel. Det er da viktig at det presiseres at pasienten døde av sykdommen og ikke av det smertestillende medikamentet. Det kan gi en psykisk belastning ved å være den som ga det smertelindrende medikamentet som førte til at pasienten døde. Ved å gi smertelindring med det formålet at pasienten skal bli best mulig smertelindret, og at vi ikke har gitt morfinen for at pasienten skal dø, oppfyller vi prinsippet om dobbelteffekt om pasienten sovner inn (Slettebø 2009).

3.1.4.6 Medikamenthåndtering.

For at sykepleieren skal kunne ivareta pasienten og gi han omsorg, forutsetter det at sykepleieren blant annet har gode kunnskaper om legemidler. Sykepleieren administrerer legemidler som legen har forordnet og observerer virkninger og bivirkninger hos pasienten. Kommunikasjon mellom lege og sykepleier er viktig i forhold til disse observasjonene, slik at den medisinske behandlingen justeres og individualiseres. Sykepleieren er viktig i smertebehandlingen, og det forventes at en sykepleier skal kunne ta avgjørelser når det er medikamenter som er forordnet ved behov. Det er viktig at sykepleieren gjør gode vurderinger og observasjoner i forhold til virkning, bivirkninger og eventuelle behov for endringer (Kirkevold m.fl. 2008).

Smertetrappen er bygget opp rundt smerteregimet til pasienter med kreft. En smertetrapp er bygget på en slik måte at den begynner på det nederste trinnet og trapper opp etter hvert som pasienten får mer smerter og trenger mer medisiner. Det er legens ansvar og forordne medikamentene, men det er viktig at vi som sykepleiere vet om smertetrappen og kan bruke den som en veileder og en påminnelse til legene. Sykepleieren har et viktig ansvar for at pasienten skal bli best mulig smertelindret. Det er sykepleieren som observerer når pasienten har smerter og håndterer medikamentene. Sykepleieren trenger kunnskaper om smerter og smertebehandling, da det ofte er sykepleieren som står ansvarlig for smertelindringen. Dosene bør være store nok og bør gis kontinuerlig døgnet rundt, slik at pasienten ikke opplever smertetopper (Almås 2008).

3.1.4.7 Tverrfaglig samarbeid

Tverrfaglig samarbeid er nødvendig, når vi har en pasientsituasjon som er sammensatt, uavklart og situasjonen endrer seg raskt. Ved et tverrfaglig samarbeid kan vi se mennesket som en helhet og vi unngår at situasjonen blir forenklet og feil tiltak blir valgt. Det forventes at dette gir bedre resultater enn når profesjonene arbeider hver for seg (Kristoffersen m.fl. 2006).

Tverrfaglig samarbeid bygger på at det er forskjellige yrkesgrupper som skal arbeide sammen. I forhold til vår problemstilling ser vi på samarbeidet mellom lege og sykepleier som sentralt. Det kan i noen tilfeller være et ønske fra pasienten å ha prest tilstede for å dekke eksistensielle behov, da mange eldre er troende. Det er derfor viktig å respektere deres behov for prestens tilstedeværelse (Kristoffersen m.fl. 2006).

Palliativt team, er et viktig bindeledd mellom nivåene i helsetjenesten. Dette teamet har bred erfaring i palliasjon, og kan reise rundt til de stedene det er behov for dem eller telefon kontakt ved akutt behov. Eldre pasienter med kreft har ofte et komplisert og sammensatt sykdomsbilde. Tverrfagligheten i et palliativt team er helt nødvendig for å dekke disse pasientenes sammensatte behov (Den norske legeforeningen 2005).

3.2 Del 2: Den eldre pasient.

I dette kapittelet ønsker vi å gå nærmere inn på aldringsprosessen, det å bo på sykehjem og hva det innebærer å ha kreft for den eldre pasient. Videre tar vi for oss det å ha fysiske og psykiske smerter. Siste delen omhandler palliasjon og noen av Hendersons grunnleggende behov.

3.2.1 Aldringsprosessen.

Hvor fort vi eldes varierer mye fra person til person, og ulikeheten mellom jevnaldrende er størst i høy alder. Aldring er ingen sykdom i seg selv og vanlige sykdommer hos gamle er ikke aldersforandringer. Det kjennetegnes ved redusert reservekapasitet i de enkelte organsystemene. Kroppens sammensetning, altså fordelingen av vann, fett og muskulatur i kroppen, forandrer seg med alderen. Disse endringene kan ha mye og si for hvordan kroppen omsetter legemidlene i den aldrende kroppen (Kirkevold m.fl. 2008).

Aldring og alderdom er erfaringsbasert, og det er kroppen som sier i fra at vi begynner å bli gamle. Smerter, stivhet, nedsatt hukommelse, nedsatt syn og hørsel er

noen tegn på at vi begynner å eldes. Med eldre mennesker menes de som er 67 år eller mer (Kirkevold m.fl. 2008).

3.2.2 Sykehjem som arena.

I følge Karoliussen (1997) er sykehjem ment for eldre syke som har behov for pleie og medisinsk behandling. Sykehjemmet er en institusjon med heldøgns helsetjenester. Noen har sykehjemmet som bolig og andre er der på kortidsopphold. Pasientene har tilgang på heldøgnspleie, noe som gjør at de blir godt ivaretatt med tanke på å få dekket de grunnleggende behovene. Disse pasientene har ikke lenger krefter til å ta vare på seg selv. På et sykehjem er det mulighet for å observere smertelindringen kontinuerlig og sette inn gode tiltak, og tiltakene rundt smertelindring må følges opp og evalueres kontinuerlig. Sykehjemmet har mange utfordringer for en sykepleier, og det kreves høy faglig kompetanse. Noen av disse utfordringene kan være kartlegging, observasjon og evaluering av smerter og andre tilleggslidelser. Det er viktig å skape et hjemlig miljø, der de eldre trives og blir ivaretatt som mennesker.

All omsorg og pleie skal være individuelt tilpasset, være kvalitativt god og med riktig medisinsk behandlingstilbud (Kirkevold m.fl. 2008).

I slike tilfeller der pasienten har ytret ønske om å ha den siste tiden av livet på sykehjemmet, skal det så langt det lar seg gjøre tilrettelegges for det. Ved et sykehjem er det flere ressursgrupper en kan støtte seg til som blant annet prest, lege og sykepleier. De kan sammen hjelpe pasienten til å få et best mulig smertelindret dødsleie (Almås2001).

3.2.3 Hva innebærer det og ha kreft?

Det er helt sentralt for en sykepleier som jobber med kreftsyke mennesker å skaffe seg kunnskaper om sykdommen og den enkelte pasients tilstand og reaksjoner. På denne måten kan en gi god omsorg med kvalitet (Almås 2001).

Kreft rammer i alle aldersgrupper, og i Norge er det hyppigst hos mennesker over 50 år. Det er mange fellestrekk for kreftsykdommene, men det er også mye som skiller dem fra hverandre. Prognosen varierer fra hvilken kreft type en har, og fra person til

person. Kroppens organer er oppbygd av forskjellige celler, og hele tiden produseres det nye celler. Når cellene deler seg kan det oppstå en feil som fører til at cellene deler seg ukontrollert. En kreftsvulst oppstår når cellene fortsetter å dele seg og det skjer en opphopning av celler i et organ. Om disse cellene løsriver seg og føres i blodbanen eller i lymfesystemet til andre organ i kroppen, eller svulsten trenger inn i andre friske organ oppstår det metastase til andre organer (Kreftforeningen 2011).

Det spesielle med å ha kreft er at det ofte er angstskapende, da det forbindes med mye smerter og død. Det er også mye skyldfølelse i det å få diagnosen kreft, da mange mener det er deres egen skyld at de har fått denne sykdommen på grunn av røykevaner og liknende. Andre mener at dette er en straff fra gud for synder som er begått. Det er også angst rundt framtiden og for det ukjente og døden (Almås 2001).

3.2.4 Smerter

Smerter er en sammensatt opplevelse, den er subjektiv og er ikke tilgjengelig for noen andre. Intensiteten, varigheten og følelsen av smerten er det bare pasienten selv som kan uttrykke. En bestemt smertestimulus kan gi forskjellige smerteopplevelser fra person til person, og graden av smerte kan variere ut i fra situasjonen. Når pasienten skal beskrive smerten for andre kan det ofte bli ufullstendig, fordi det ofte er vondere enn det som kan uttrykkes med ord. Det kan være vanskelig for oss sykepleiere å forstå hvor mye smerten påvirker pasienten. Pasienten kan derfor føle ensomhet i det å ha smerter. Situasjonen kan bli vanskeligere for pasienten om sykepleieren og legen ikke tror på det som formidles eller vi tror han overdriver (Travelbee 2001).

Langtkommen kreft fører ofte med seg smerter. Det de aller fleste pasienter med kreft frykter mest er smerter, smerter som ikke kan behandles eller lindres. Når pasientene har smerter, bidrar det ofte til flere skader. Disse skadene kan komme av at pasienter med smerter ofte ligger og spenner seg, noe som kan føre til at de får muskelsmerter, blir psykisk slitne, får angst, uro og kvalme og dette kan til slutt bli en ond sirkel. Årsaken til smertene hos en pasient med kreft kan være mange. Smertene kan komme fra enten primærsvulsten der den sitter, eller de kan være fra metastaser som vokser og krever plass. Smertene hos disse pasientene kan komme av

at svulsten klemmer av blodkar som videre fører til iskemismerter eller ødem. Dersom svulsten vokser i et organ hvor det omliggende vev ikke kan gi etter, som for eksempel i leveren, er veksten i seg selv nok til at det fører til smerter. Noen pasienter har veldig vanskelig for å beskrive smertene sine. Det er da viktig at det blir gjort gode observasjoner av sykepleier. Denne informasjonen videreføres til lege, slik at han kan forordne medikamenter som er tilpasser pasientens smerter (Breimoen 1984).

3.2.4.1 Psykisk smerte

Pasienter som er i livets slutfase reagerer ofte med angst og frykt for døden. Dette kan oppleves som en krise for pasienten, selv om han er gammel, da døden bringer med seg uvishet og angst. Den syke må få lov til å leve ut sine følelser og få lov til å reagere (Kristoffersen m.fl. 2006).

Angst og frykt er vanlige reaksjoner ved alvorlige sykdommer. Noen symptomer på at pasienten har angst kan være uro, kvalme, engstelse og smerter. Det er et skille mellom angst og frykt, selv om pasientene ofte opplever en kombinasjon. Angst er reaksjonen på det man opplever som en trussel eller opplever truende. Frykt er responsen på en virkelig trussel eller fare. Når pasienten kommer med spørsmål må sykepleieren være ærlig ovenfor pasienten, da dette kan være med på å dempe angsten og frykten slik at pasienten får tid til å tenke over egen situasjon (Rustøen 2006).

Den vonde følelsen angst gir, kan forsterkes ved tanken på en snarlig død. Når pasienten gir uttrykk for at han er redd, er det sykepleierens oppgave å finne ut hva denne angsten bunner ut i. Om det er frykt i forhold til det praktiske ved sykdommen, som den smertelindrende behandlingen, er det viktig at sykepleieren lytter til pasienten. Når pasienten og sykepleier har en åpen dialog, er det lettere for sykepleieren å utføre det pasienten ønsker. Det er viktig at sykepleieren husker å gjøre de praktiske tingene hun har lovet pasienten, slik at pasienten kan føle seg trygg og ivaretatt. Er angsten pasienten har av mer eksistensiell karakter, kan det være godt for pasienten å ha noen han kan snakke med om sine tanker rundt livet og

døden. Sykepleieren bør være åpen ovenfor pasienten om muligheten til å få en samtale med en prest eller en annen sjelesørger. Pasienter med kreft som er i livets slutfase er svært sårbare, da det å ligge og være bekymret tar på kreftene. Det fører ofte til redusert livskvalitet de siste ukene av livet (Kristoffersen m.fl. 2006).

Det er når pasienten føler angst at det er spesielt viktig at sykepleieren er trygg på seg selv og kan formidle trygghet til pasienten.

Behandlingsmiljøet er med på å gi pasienten den trygghet han trenger, og da er det en fordel at det er de samme hjelperne som er involvert i den syke.

Når det er mange nye ansikter å forholde seg til for pasienten, kan dette skape utrygghet (Kirkevold m.fl. 2008).

Noen pasienter aksepterer at de snart vil dø, de dør fredelig og har innfunnet seg med døden. Andre dør i en kamp for å unngå det uunngåelige (Kristoffersen m.fl. 2006).

3.2.5 Palliasjon

Palliativ behandling er det som blant annet gis til pasienter som har en uhelbredelig kreftsykdom. Denne behandlingen har som målsetting å lindre smerter som denne sykdommen medfører og å gi pasienten best mulig livskvalitet. Smerter er en individuell opplevelse og kan ikke standardiseres, de må lindres og behandles ut fra hver enkelt persons opplevelse av smerter (Solheim og Aarheim 2009). Livskvalitet er en subjektiv opplevelse, og god livskvalitet er for eksempel å ha en følelse av å være tilfreds med eget liv (Kristoffersen m.fl. 2006).

På sykehjemmet med pasienter som lider av kreft og har kort forventet levetid er det viktig at en tilstreber å jobbe etter palliative retningslinjer, ikke bare for pasientens del men også for oss sykepleiere. WHO - Verdens helseorganisasjon (2011) har gitt noen retningslinjer vedrørende palliativ behandling. Disse retningslinjene går ut på å betrakte døden som en naturlig prosess og at den verken skal framskyndes eller utsettes. Verdens helseorganisasjon mener også at er det viktig å gi smertelindring

både fysisk og psykisk. Retningslinjene til verdens helseorganisasjon kan føre til økt kvalitet og trygghet i den palliative pleien (Kirkevold m.fl. 2008).

Smerte, kvalme, uro, angst og bekymring er noen av symptomene som krever medisinsk lindrende behandling i livets slutfase. Vi må hjelpe pasienten til å ha det best mulig ved å sørge for at han ligger godt og munnstell blir gjennomført. Vi må også rette oppmerksomheten vår mot pasientens psykiske helse, altså om pasienten blir preget av angst eller blir urolig (Kirkevold m.fl. 2008).

Mange pasienter med kreft i livets slutfase har problemer med kvalme og brekninger, som kan være vanskelig å lindre. Dette kan plage pasienten dag og natt. Kvalmen kan komme av psykiske påkjenninger, bivirkninger av legemidler, prosesser i kroppen eller mekanisk hindring i mage-tarm-kanalen. Sykepleieren må ta seg god tid til å kartlegge hva som utløser kvalme og brekninger hos hver enkelt pasient. Skyldes plagene den medisinske behandlingen er det viktig at legen blir informert, slik at det kan gjøres endringer. Noen ganger skyldes kvalmen psykiske forhold, som for eksempel angst og depresjon. Kvalmen kan ikke alltid lindres av menneskelig nærhet, da det er opp til legen om han ønsker å sette pasienten på beroligende medikamenter i tillegg til kvalmestillende. Siden pasienten er i en spesiell situasjon er det viktig at sykepleieren hjelper han og hører på hans meninger slik at det som gjøres, gjøres etter pasientens ønske (Kristoffersen m.fl. 2006). Vi kan forebygge kvalme, enten ved å gi kvalmestillende forebyggende, eller ved å sørge for ro og dempet belysning, slik at pasienten ikke utsettes for unødvendig sterke fysiske eller psykiske påkjenninger. Dette kan også gjøres ved at det er frisk luft på rommet til en hver tid og ved å fjerne ubehagelig lukter umiddelbart, som for eksempel søppel og annet som står på nattbordet (Almås 2001).

Hendersons grunnleggende sykepleieprinsipper er knyttet til menneskets grunnleggende behov og er sykepleierens mest sentrale gjøremål. Her er noen av de grunnleggende behovene som vi ser som relevante i oppgaven vår.

Munnstell kan være med på å forebygge kvalme. Munnstell kan bli forsømt, og dårlig stell av munnen er med på å gi pasienten plager. Munnstell bør settes i gang forebyggende, når pasienten ikke lenger har normal spyttsekresjon. Det er med på å

forebygge soppinfeksjoner, plager som sprekker i slimhinnene, tykke skorper av ekspektorat og munntørret (Kaasa 1998). Enkelte pasienter i livets siste fase vil ikke eller orker ikke drikke. Vi bør i disse tilfellene regelmessig fukte pasientens lepper, munn og svelg. En god krem til å smøre på leppene forebygger også sår og sprukne lepper. Disse tiltakene oppleves som lindrende for pasienten (Kirkevold m.fl. 2008). Pasienter med kreft er ofte utsatt for obstipasjon, og dette medfører tilleggsplager for den syke. Det å være obstipert er smertefullt, da innholdet i mage-tarm-kanalen enten hoper seg opp eller at det vanskelig forflytter seg nedover i systemet, men heller oppover. Dette kan føre til ventrikkelretensjon, kvalme og oppkast. En av grunnene til obstipasjon er bivirkninger ved bruk av opioider. Dette kan gjøre at tarminnholdet bruker lengre tid på å passere og det får fastere konsistens fordi opioider hemmer refleksjonen til tarmen. Sykepleieren må observere tegn til obstipasjon, da det kan være med på å gi andre plager til pasienten. Disse plagene forsvinner hvis tarmen tømmes regelmessig, derfor er det viktig å forebygge obstipasjon (Kaasa 1998).

Trykksår kommer av vedvarende trykk. Trykket fører til iskemi, fordi kappilærene blir avklemt, noe som fører til sår dannelse. Uten trykkavlastning oppstår trykksår allerede etter 60 til 90 minutter (Almås 2001). Det er viktig at vi som sykepleiere observerer huden til den sengeliggende pasient, slik at vi kan hindre utvikling av trykksår. En trykkavlastende madrass og snuregime er med på å forebygge trykksår og andre smerter som kommer av at pasienten er sengeliggende. Huden er sårbar og derfor er det viktig å smøre de stedene huden er spesielt utsatt for trykk (Kaasa 1998).

En del av den palliative behandlingen skal også fremme pasientens mulighet til og være aktive, så lenge som mulig. Det er her viktig at pasienten får den palliative pleien som han til enhver tid trenger (Kristoffersen m.fl. 2006).

4.0 Drøfting

I drøftingsdelen skal vi belyse hovedessensen i oppgaven vår, som er smertelindring og palliasjon til pasienter med kreft i livets slutfase. Vi ser det som positivt å være på sykehjem når man er eldre og syk. Pasientene er ofte på sykehjemmet over lengre tid, noe som gir sykepleieren mulighet til å bli kjent med pasient og sykdomshistorie på en god måte. Vi mener dette skaper trygghet og stabilitet både for pasient og sykepleier. Det er sykepleiere og andre faglærte, som bidrar til kontinuerlig observasjoner og forsvarlig pleie. Sykehjemmet har rolige og hjemlige omgivelser som kan være med på å trygge pasienten.

Vi mener ut i fra egen yrkeserfaring, at sykehjemmet er en trygg plass for den eldre syke. På sykehjemmet er det kontinuitet ved at pasienten møter det samme personalet, og at det er heldøgnspleie. Dette gir også personalet mulighet til å kartlegge og gjøre gode observasjoner av pasienten gjennom hele døgnet og over tid. I forhold til vår erfaring ser vi at pasienten opplever forutsigbarhet, kontinuitet og trygghet ved å være på sykehjem. En eldre pasient med kreft på sykehjem som er i livets slutfase trenger sykepleiere med høy kompetanse innenfor mange felt, blant annet smertelindring. Vi mener at sykepleieren på sykehjemmet gjennom sin yrkesutøvelse har stor innflytelse ovenfor pasienten som lider av kreft. Pasienter på sykehjem trenger sykepleiere som tar ansvar og er faglig oppdaterte slik at han kan føle seg trygg. Vi mener det burde være god kompetanse innenfor dette feltet da vår oppgave er å lindre plagene til den døende pasienten. Det er vi som har mulighet til, ut i fra vår kunnskap, å hjelpe pasienten til en fredfull tid før døden.

Travelbee sier noe om det første møtet mellom pasient og sykepleier, det er da det blir dannet et grunnlag for hvordan den videre behandling skal foregå. Tillit skapes gjennom gjensidig forståelse av hverandre og respekt for hvordan pasienten oppfatter sin sykdom og lidelse. I all pasienttilnærming mener vi det er viktig at sykepleieren utviser sympati, empati og forståelse ovenfor pasienten som i sin situasjon kan føle seg svært sårbar. Vi mener det er viktig å bygge et godt tillitsforhold til pasienten, da vi gjennom kommunikasjon kan få kartlagt og observert hele pasienten slik at det kommer frem hvordan han opplever smerter og ubehag. Vi har gjennom yrkeserfaring sett pasienter som ikke klarer å uttrykke seg verbalt ved spørsmål om

smerter, fordi smertene er for intense. Da er det vi som sykepleiere som må gjøre gode observasjoner, slik at smertelindringen blir best mulig.

Vi ser at når vi kommuniserer med pasienten må vi ta oss god tid til å lytte til hva han mener. Dette er for å sikre at pasienten har fått god informasjon i forhold til sin tilstand og at han har forstått innholdet av gitt informasjon. Vi mener det er viktig med toveiskommunikasjon slik at pasient og sykepleier får en god relasjon. Det er sykepleierens oppgave å sørge for at den siste tiden blir så god som mulig. Vi mener at god kommunikasjon er sentralt for sykepleieren, da dette kan være et viktig arbeidsredskap for å oppnå kontakt med pasienten. Vi som sykepleiere jobber etter faglige og etiske retningslinjer, og vi ser på dette som viktig for at pasienten skal få en god behandling. Når et menneske - til - menneske forhold etableres, er kommunikasjonen både verbal og nonverbal. Det kan ofte være vanskelig å snakke med pasienten om det som har med døden å gjøre, fordi den vanskelige samtale er en utfordring. Sykepleieren kan gjennom kommunikasjon hjelpe pasienten å håndtere vanskelige situasjoner.

Å sikre god kommunikasjon mellom helsepersonell på sykehjemmet kan være en stor utfordring. Det er ofte mange på jobb og lite tid til rapport, noe som kan bidra til ufullstendig informasjon og misforståelser. Den informasjonen som skal gis angående pasienten, skal gis på en slik måte at de som er rundt pasienten får denne informasjonen kontinuerlig. Det er viktig å innhente all informasjon om hva pasienten er informert om i forhold til sykdom og forløp. Vi mener at eldre kan ha vanskeligheter med å motta og forstå informasjon, særlig i livets slutfase der tanker og følelser om sykdom og død preger pasienten. I slike situasjoner er sykepleierens rolle å være en god lytter viktig, slik at pasienten kan komme med tanker og bekymringer rundt det å ha langtkommen kreft og skal dø.

Sykepleieren ved sykehjemmet er den som kjenner pasienten, og det er vi som innhenter data og gjør observasjoner ut i fra pasientens ståsted. Innhenting av data er etter vår mening essensielt for at et tverrfaglig samarbeid kan innledes. Når vi innhenter data bør det først etableres et menneske - til - menneske forhold, slik at pasienten kan føle seg trygg på at han blir sett som et helt menneske, og ikke bare

som en diagnose. Med dette mener vi at sykepleiere skal se på pasienten som den han er, og ikke som en diagnose. For å finne ut hva som er problemet for pasienten kan vi lage en datasamling, da dette hjelper oss til å finne ut hvilke behov pasienten har. Når vi skal lage en datasamling identifiserer vi behovene hos pasienten, setter mål og til slutt evaluerer vi de tiltak som har blitt iverksatt. Sykepleieren innhenter data fra pasienten, og her hviler det et stort ansvar på sykepleieren. Det er etter vår mening viktig at sykepleieren passer på at hun får korrekte opplysninger fra pasienten. Sykepleieren skal spørre på en slik måte at hun ikke leder pasienten til svaret, det skal være etter pasientens ønske og ikke sykepleieren. Vi mener at sykepleieren har et dokumentasjons ansvar, da dette underbygger de observasjonene hun gjør. Vi ser det som viktig og dokumentere det sykepleieren utfører og observerer, da kun dokumentert helsehjelp er gitt helsehjelp i følge helsepersonelloven.

Etikk handler om normer og verdier, og hvilken plattform vi som sykepleiere har som vårt personlige ståsted. Hvilke holdninger møter vi syke pasienter med? Vi mener at en sykepleier skal ha respekt for den enkeltes liv og helse, da det å møte pasienten med respekt har alt å si for den videre bygging av et tillitsforhold. Samhandling og problemløsning er viktige ingredienser i en sykepleiers hverdag. I møtet med den døende pasient er det viktig med en god relasjon mellom sykepleier og pasient. Med det mener vi at pasienten skal føle trygghet ved å ha oss i nærheten, samtidig som vi hjelper han med å dekke de grunnleggende behovene, lindre lidelsene og videreformidler til lege om det er nødvendig. Samtidig er det viktig at pasienten føler at han får empati fra sykepleieren, da det ofte er sykepleieren som er tilstede for pasienten.

Vi ser det som viktig at det tverrfaglige teamet fungerer rundt pasientene, slik at vi kan samarbeide og få til en god behandling av pasientene. Det har vist seg at godt samarbeid gir gode resultater. Samarbeid med lege angående alvorlig syke pasienter som er i livets slutt fase, er en viktig del av sykepleierens oppgaver. Vi som sykepleiere ser behovet for tett samarbeid med andre yrkesgrupper, som lege og palliativt team, da dette er viktig for å oppnå god helhetlig palliativ behandling. Vi ser at det burde være mer kompetanse innen palliativ pleie i sykehjem, da det er flest eldre som får diagnosen kreft. Noe som kan være en utfordring på sykehjemmet er at

legen ikke er tilstede der annet enn noen dager i uken. Det kan da ta tid å få svar på spørsmål som angår den palliative behandlingen. Derfor ser vi det som viktig at det tverrfaglige samarbeidet er tett og fungerende. Palliativt team har god kompetanse innenfor den lindrende pleie og de kan se nye løsninger på hvordan man best kan gi pasienter med kreft er verdig avslutning. I den palliative pleien er empati, sympati og forståelse viktige arbeidsredskaper. Som sykepleiere bør vi ha evne til og ta del i å forstå pasientens lidelser og bekymringer. Pasienten skal ivaretas og få den behandling som er faglig og etisk forvarlig uti fra observasjoner datasamling og yrkesetiske retningslinjer som danner grunnlaget for all pleie.

Pasientdata som blir samlet inn av sykepleier blir i det tverrfaglige teamet vurdert ut i fra forskjellige ståsteder, men de jobber samlet mot et felles mål som er å gi pasienten en best mulig smertelindring i livets siste fase.

Hovedmålet til et tverrfaglig team bør være at pasientens opplevelse av sykdom og smerte skal komme klart frem uten noen avkorting eller omgjøring av informasjonen. Pasienter som lider av kreft er avhengig av at sykepleieren tar han på alvor, og kartlegger observasjonene ut i fra pasientens syn. Vi som helsepersonell har et stort ansvar når vi legger fram relevant data i det tverrfaglige teamet. Vi mener at sykepleierens rolle i et tverrfaglig team bør stå sterkt, siden sykepleieren er den som har kontinuerlig observasjon av pasienten, og kan gi de andre i temaet korrekt og oppdaterte data. På denne måten kan enn oppnå at pasienten får en god og helhetlig behandling. Vi mener at god dokumentasjon skal sikre kvaliteten på pasientbehandlingen. Det er viktig at oppdatert data om pasienten er lett tilgjengelig, slik at det blir kontinuitet og kvalitet på den pleien pasienten mottar. Å få frem pasientens meninger og behov er relevant når vi dokumenterer. Dette mener vi er viktig for å sikre at det er pasientens behov som er i fokus og ikke sykepleierens antagelser. Vi synes autonomiprinsippet er relevant i forhold til den døende pasienten. Alle mennesker har medbestemmelsesrett i forhold til valg av pleie og behandling. Vi synes det er viktig og høre pasientens meninger og synspunkter i forhold til det han ønsker den siste tiden, vi ønsker at pasienten skal føle seg verdig behandlet

Slik vi ser det er palliasjon å gi pasienten best mulig smertelindring og en verdig avslutning på livet. Det å være godt smertelindret både fysisk og psykisk kan gi en forbedret livskvalitet siste tiden av livet. Vi mener at retningslinjene til verdens helseorganisasjon er gode å forholde oss til i forhold til palliativ behandling. Vi skal betrakte døden som en naturlig prosess, den skal ikke framskyndes eller utsettes, men lindres. Vi som sykepleiere skal alltid gå ut ifra at det pasienten sier, er slik smerten føles for han og behandle ut fra dette, da hvert enkelt individ har forskjellige opplevelser av hva smerter er.

Kvalme er et vanlig problem hos pasienter med kreft. Vi mener at det er viktig og kartlegge hva som gir pasienten kvalme, men vi ser også at det kan være utfordring å gi en god kvalmelindring. Vi mener at det er viktig og tenke over hva som kan gi pasienten kvalme og hva som kan forebygges. Derfor er det viktig og gjøre gode observasjoner rundt pasienten. Det kan være viktig at vi fjerner søppel og slipper inn frisk luft på rommet. Dette mener vi burde være en rutine for å forebygge kvalme. Vi mener at kvalmestillende burde gis forebyggende slik at pasienten slipper og bli kvalm. Det kan være stellsituasjoner, medikamenter og annet som skjer rundt pasienten i løpet av dagen, som kan utløse kvalme og brekninger. Ved god kartlegging av pasienten kan man se et mønster på hva som gjør at pasienten blir kvalm og sette inn tiltak som forebygger. Ved god dokumentasjon av effekten på legemiddele ser vi hva som har effekt. Et godt hjelpemiddel for å finne ut hva det er som gjør pasienten kvalm, er å ha en åpen dialog. En åpen dialog vil si at pasient og sykepleier samarbeider for å få til en god lindring av plagene. Vi ser på det som viktig å spørre pasienten om når og hvorfor han blir kvalm. Psykiske plager kan også utløse kvalme og da må sykepleier videreformidle dette til lege slik at andre tiltak kan iverksettes. Det kan i noen tilfeller hjelpe med menneskelig nærhet, som å ta seg tid til og samtale med pasienten.

Pasienter med kreft på sykehjem som får palliativ pleie, skal så langt det lar seg gjøre få dekket sine grunnleggende behov. Etter vår mening er det en viktig del av sykepleierens oppgave å hjelpe pasienten slik at han får dekket disse behovene. De grunnleggende behovene må dekket ut ifra pasientens behov, og ikke bare ut i fra det

sykepleieren ser som behov. Vi mener at det i denne sammenheng er viktig med kartlegging og gode observasjoner.

Et godt og regelmessig munnstell kan være forebyggende mot kvalme og smerter i munnhulen. Vi mener det er viktig at pasienten som lider av kreft skal få tilbud om å drikke eller få tilført væske ved godt munnstell. Munnstell er også forebyggende mot infeksjoner i munnhule og hals. Noen ganger kan et munnstell overses fordi vi ikke har nok kunnskap eller ikke tenker forebyggende.

Vi har observert gjennom tidligere praksis at munnstell fort kan bli glemt og nedprioritert. Vi mener at munnstell i livets slutfase burde være en del av sykepleierens helhetlige tenkning.

Obstipasjon er et kjent problem blant pasienter med kreft, da de ofte får opioider på grunn av smerter, opioider er med på å redusere tarmperistaltikken. Vi mener derfor det er viktig med forebyggende behandling i forhold til obstipasjon. Det er i hovedsak legens ansvar å forordne medikamentell forebygging av obstipasjon, men som sykepleier må vi forsikre oss om at dette blir fulgt opp. Det er sykepleiere som observerer pasienten, på denne måten kan vi videreformidle våre observasjoner og pasientens meninger til lege. Obstipasjon kan være smertefullt for pasienten, og vi som sykepleiere har en viktig rolle med å observere og igangsette tiltak for å forebygge dette. Vi mener at det er bedre å forebygge obstipasjon da dette kan spare pasienten for unødige smerter. Når pasienten er obstipert kan dette gi andre tilleggs lidelser som kvalme og smerter.

Trykksår er også en tilleggs lidelse som kan oppstå hos sengeliggende pasienter, da mange har problemer med å bevege seg i sengen uten hjelp. Vi mener det er viktig å forebygge dannelsen av trykksår, da det alltid er lettere og forebygge enn å behandle og det sparer pasienten for smerter og tilleggs lidelser. Vi ser viktigheten av å ha en god trykkavlastende madrass, da den fordeler vekten til pasienten slik at vi unngår langvarig trykk på samme sted. Det er også viktig med snuregime slik at pasienten får avlastet de stedene på kroppen som er utsatt for trykk. Selv om pasienten ligger på trykkavlastende madrass er det nødvendig at han blir mobilisert flere ganger i løpet av døgnet. Vi synes også det er viktig å gi smerte- og kvalmestillende

forebyggende slik at mobilisering kan gjennomføres uten for store plager for pasienten. Vi mener det er viktig at sykepleieren holder seg godt faglig oppdatert innen palliativ pleie, på denne måten kan sykepleieren gi pasienten god informasjon rundt den palliative behandlingen.

Travelbee sier at smerte er en ensom erfaring, den kan om mulig ikke forklares for andre. Kreft kan gi mye smerter, og det kan være vanskelig for pasienten å formidle smerteopplevelsen. Vi som sykepleiere er avhengig av et godt menneske til menneske forhold, da dette hjelper oss å kartlegge og observere slik at vi får et bilde av pasientens smerteopplevelse.

Eldre pasienter med kreft i sykehjem skal etter vår mening ha minst mulig smerter i livets slutfase. Smertelindring er ikke bare medikamenter, det kan også omhandle fysisk velvære som for eksempel munnstell og et godt sengeleie. Det kan være med på å lindre smertene han opplever. Smertelindring er et resultat av blant annet god kartlegging, og vi mener det bør være en kontinuerlig prosess. Da vil pasienten være best mulig smertelindret hele døgnet med tanke på søvn og for å unngå smertetopper. Vi mener at i smertelindringen bør sykepleier i samråd med lege se alternativer som depotplaster, smertepumpe og butterfly. Da dette er skånsomt for pasienten, og det gir muligheten til en kontrollert og kontinuerlig smertelindring. I forhold til intramuskulære og subkutane injeksjoner som ofte er smertefulle for pasienten er det usikkert om effekten er god da eldre har nedsatt muskelmasse. For å sikre en god smertelindring mener vi det burde være faste rutiner og godt utarbeidede prosedyrer på smertelindring til eldre i sykehjem, da man ikke har de mulighetene som man har på sykehuset.

Vi mener at sykepleieren skal gi smertelindring når pasienten trenger det, da vi mener det er uverdig å ha store smerter i livets siste fase. Vi mener det er vesentlig og huske på prinsippet om dobbeleffekt. Det kan hende at dosen med opiater gjør pasienten smertelindret, men det kan også være med på å forkorte livet. Vi har forhåpentligvis gitt pasienten en best mulig smertelindring ut i fra observasjoner og kartlegging, selv om det skulle resultere i at pasienten sovner stille inn.

Det å få et budskap om at livet snart er slutt kan være en skremmende opplevelse for pasienten. Selv om det handler om eldre pasienter, kan tanken på en snarlig død bære preg av frykt og angst for det ukjente. Vi som sykepleiere må observere tegn hos pasienten i forhold til utvikling av angst. Vi mener at sykepleieren bør bruke god tid og gi av seg selv slik at pasienten får en forståelse av at vi er der for han. Noen pasienter kan ha et behov for å snakke med en prest eller sjelesørger. Når det kommer til tanker rundt døden, er det etter vår mening sykepleierens oppgave å tilrettelegge slik at dette behovet kan ivaretas.

Vi mener at sykepleieren må inneha faglig kompetanse om smerter hos pasienter med kreft for å kunne gi pasienten best mulig behandling.

Smerter er en sammensatt og individuell opplevelse som kan gjøre at pasienten ikke alltid klarer å formidle intensiteten. Kreft er ofte forbundet med smerter, de kan være helt uutholdelig og intense, som kan gjøre pasienten ute av stand til å formidle sitt smertebilde. Eldre og smerter kan være en utfordring for sykepleieren, da de er mer utholdende når det gjelder smerter, eller at de ikke forteller hele sannheten. Noen kan ha mer vondt enn de gir uttrykk for. De har gjerne et mer sammensatt sykdomsbilde som kan gjøre det mer utfordrende og finne en god behandling. Pasienten har sin egen oppfatning og toleranse når det kommer til smerte. Vi mener at sykepleieren skal møte den eldre pasienten med respekt og en holdning som er tillitskapende. Pasienten har behov for å bli sett og ivaretatt som et menneske med eksistensielle og grunnleggende behov.

Vi mener at god smertelindring alltid skal starte med å kartlegge smertene til pasienten. Her er det viktig å innhente data om tidligere sykdommer og medikamenter som pasienten bruker. Sykepleieren må gjøre gode observasjoner kontinuerlig for å kunne gi tilbakemelding om hvordan smertebehandlingen virker inn på pasienten, slik at eventuelle forandringer kan evalueres i samråd med lege. Vi kan bruke VAS skjema til kartlegging av smerter, og det kan hjelpe oss med å få en indikasjon på hvor sterke og intense smertene er. Sterke smerter kan redusere livskvaliteten hos pasienten, og i den siste fasen er det viktig at sykepleier observerer nonverbale tegn som kan tyde på smerte. Vi ser det som viktig at ingen plager er så små at de ikke skal gjøres noe med. Ved å spørre pasienten regelmessig om han har

smarter og hvordan han opplever disse, kan vi hjelpe pasienten til å sette ord på smertene. På denne måten kan vi gi best mulig smertelindring. Legen forordner medikamenter, som er basert på sykepleierens observasjoner og kartlegging. Lindring av symptomer skal stå i fokus i behandlingen av pasienter i livets slutfase. Vi mener kvaliteten på behandling og omsorg bør sikres ved kontinuerlig kartlegging og lindring av symptomer

Vi har som sykepleiere et ansvar ovenfor oss selv og pasienten når det gjelder å holde oss faglig oppdatert om de forskjellige medikamenter og deres virkning og bivirkning. Vi mener at sykepleieren skal kjenne til medikamentene, for å sikre at pasienten får den aller beste smertelindring. Legen får tilbakemelding om effekt og eventuelle bivirkninger fra sykepleier. Vi mener at medikamentene bør tilpasses hver enkelt, slik at smertelindringen blir best mulig, og dette gjøres ved at legen får tilbakemelding om effekt og eventuelle bivirkninger fra oss sykepleiere, slik at behandlingen kan justeres.

5.0 Konklusjon

Hvordan kan sykepleieren gi god smertelindring i livets slutfase?

I oppgaven vår som omhandler smertelindring og palliasjon, har sykepleieteoretiker Joyce Travelbee vært en inspirasjonskilde. Vi ser at hun har et objektivt og klart syn på hvordan syke mennesker skal imøtekommes og behandles.

Sykepleieren har et ansvar for at pasienten får god omsorg, da dette er viktig i behandlingen av døende pasienter. Denne pasientgruppen er avhengig av sykepleierens kompetanse, erfaringer og kunnskap, slik at de grunnleggende behovene dekkes. En pasient i livets slutfase, har sjelden krefter til å ta vare på seg selv. Det å få et godt munnstell, bli snudd regelmessig, få hjelp i forhold til eliminasjon og forebygge kvalme er noen av tiltakene som kan være med på å gi pasienten bedre livskvalitet den siste tiden.

Eldre pasienter med uhelbredelig kreft er en økende pasientgruppe, og de trenger pleie og behandling på et mer sammensatt nivå. Det vi ser gjennom yrkespraksis er at sykepleieren ofte venter til pasienten uttrykker smerte med å gi smertestillende. Dette synes vi er uetisk da vi mener at kontinuerlig smertelindring i livets slutfase er vesentlig i utøvelsen av sykepleie. Kunnskap om smertelindring og palliativ pleie, er noe vi som sykepleiere burde tilegne oss.

Vi har gjennom hele prosessen forsøkt å holde en rød tråd knyttet opp mot problemstillingen vår og har sett den i forhold til hva Travelbee sier. Det å kunne se pasienten som en helhet har vært viktig og få frem, slik at vi som sykepleiere ikke bare fokuserer på sykdommen, men også på selve mennesket.

Sykepleieprosessen har gitt oss mulighet til å se på hvordan vi kan løse problemer i samarbeid med pasienten, og se situasjonen fra et tverrfaglig ståsted.

Kommunikasjon mellom sykepleier og pasient er viktig for at han skal føle seg ivaretatt. Vi mener det er viktig å skape god samhandling og relasjon mellom sykepleier og pasient.

Dette kan videre føre til en enklere forståelse for pasientsituasjon, slik at pasienten kan føle seg trygg. Dette kan gjøre at pasienten blir trygg i forhold til det å gi uttrykk for sine smerter.

Vi synes det er vanskelig å behandle kun de fysiske plagene, da de psykiske plagene kan forsterke de fysiske smertene. Vi mener derfor det er viktig og se hele mennesket i utøvelse av sykepleien. I arbeidet med oppgaven har vi fått kunnskap om hvor viktig det er å gi pasienter med kreft en best mulig smertelindring og palliativ pleie, slik at vi kan hjelpe pasientene til å få en verdig avslutning på livet.

Vår konklusjon er at eldre pasienter med kreft i sykehjem får god palliativ omsorg og får dekket sine grunnleggende behov, men vi ser at sykepleiere kunne vært flinkere til å se alternativer i den forebyggende og smertelindrende delen av pleien. Med dette mener vi at sykepleieren skal gi smertestillende forebyggende før pasienten får sterke smerter, da vi mener at døende pasienter skal slippe å plages unødige. Alternativer som er aktuelle å bruke er butterfly, smertepumpe og depotplaster, da dette er med på

å hindre at pasienten får unødige plager på grunn av mange injeksjoner. Vi mener det er viktig å gi smertestillende medikamenter kontinuerlig, gode smertelindrende tiltak er viktig at blir startet tidlig i sykdomsforløpet og at det blir gitt store nok doser slik at pasienten er best mulig smertelindret.

6.0 Etterord

Dette har vært en lærerik, spennende og utfordrende prosess med mange gode faglige diskusjoner. Til tider har prosessen vært slitsom, men vi har hatt et stort engasjement i gruppen som har ført til et godt samarbeid. Vi har vært fire stykker i gruppen og det har vært utfordrende, da vi har mange meninger om valgt tema. Vi ser det også som positivt, at vi har kunnet se oppgaven fra flere vinkler. Vi har hatt mange gode og relevante diskusjoner gjennom utarbeidelsen av oppgaven.

Oppgaveprosessen har gitt oss en større forståelse og bevissthet om hvor viktig det er med smertelindring i livet slutfase, og for at pasienten skal få en verdig avslutning på livet. Det har også gitt oss en bedre forståelse av hva palliativ pleie innebærer. Vi har som mål å videreføre dette i vår egen yrkespraksis.

LITTERATURLISTE:

Almås, H. (red.) (2001). *Klinisk sykepleie -bind 1 og 2*. 3.utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

*Brinchmann, B. S. (red.) (2007). *Etikk i sykepleien*. 1.utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

*Breimoen, M. (red.) (1984). *Kreft*. Oslo: Achehoug/Tanum-Norli.

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

*Den Norske legeforening (2004). *Standard for palliasjon* [online]. URL: http://www.legeforeningen.no/asset/24404/2/24404_2.pdf (27.03.11).

*Helsepersonelloven(1999). *Lov om helsepersonell* paragraf 39-40 [online]. Lovdata. URL: <http://lovdata.no/all/tl-19990702-064-008.html#39> (27.03.2011).

Jacobsen, D, S. E. Kjeldsen, B. Ingvaldsen, K. Lund og K. Solheim (2001) *Sykdomslære – indremedisin, kirurgi og anestesi*. 1 utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

*Kaasa, S. (1998). *Palliativ behandling og pleie*. 1. utg. Oslo: Ad Notam Gyldendal.

*Karoliussen, M. (1997). *Eldre, aldring og sykepleie*. 2.utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

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

*Kreftforeningen (2011). *Hva er kreft*. [online]URL: http://www.kreftforeningen.no/om_kreft/hva_er_kreft (30.04.11).

Kristoffersen, N.J, F. Nortvedt og E-A. Skaug (2006). *Grunnleggende sykepleie-bind 1-4*. 1.utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

*Pasientrettighetsloven (1999). *Forskrift om pasientjournal*. [online] Lovdata URL: <http://lovdata.no/for/sf/ho/ho-20001221-1385.html> (26.04.11).

*Pasientrettighetsloven (1999). *Lov om pasientrettigheter* paragraf 3-1[online] Lovdata URL: <http://lovdata.no/all/tl-19990702-063-003.html#3-1> (27.03.11).

Rustøen (2006). *Håp og livskvalitet - en utfordring for sykepleieren?* 1.utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Solheim, M og K. A. Aarheim (red.) (2009). *Kan eg komme inn? Verdiar og val i hjemmesjukepleie*. 2.utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Slettebø, Å. (2009). *Sykepleie og etikk*. 5.utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

*Travelbee, J. (2007). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. 1.utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

*World Health Organization (2011). *WHO Definition of Palliative Care*. [online]. URL: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/> (01.05.11)