



Høgskolen i **Hedmark**

BASY 2013

Avd. Kongsvinger

Veileder: Marit Berg

Ellinor Herneshagen & Ole Kjærstad Bjørkås

**4BACH**

**Dødskvalitet**

Quality of death

Antall ord: 13084

Bachelor Sykepleie

Våren 2016

Samtykker til utlån hos høgskolebiblioteket

JA  NEI

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage

JA  NEI

## **Sammendrag**

### **Bakgrunn**

Vi har valgt å skrive om palliativ pleie og smertelindring innenfor cancer, da det er blant Norges mest vanlige sykdommer. I følge kreftregisteret (2014) vil én av fire dø av en cancerdiagnose.

Det er viktig at vi som sykepleiere forstår mest mulig om situasjonen til pasienten for å kunne ivareta og behandle på best mulig måte. Kunnskap og forståelse rundt denne uensartede pasientgruppen er viktig, og vi ser behov for bredere kunnskap rundt temaet. Dette for at helsevesenet skal være så godt utrustet som mulig.

### **Problemstilling**

”Hvordan kan vi som sykepleiere på best mulig måte lindre smerte og ubehag for den palliative cancerpasienten?”

### **Metode**

Vår oppgave bygger på en fiktiv case, og er basert på selvvalgt litteratur, pensumlitteratur, forskning; både kvalitativ og kvantitativ, samt annet oppslagsverk. Kildene våre er både sekundær- og primærlitteratur.

### **Konklusjon**

God relasjon er avgjørende faktor for å kunne behandle, lindre eller hjelpe pasienten. Dersom en har oppnådd god tillit, gjensidig respekt og har en god holdning, kan en hjelpe pasienten på et helt annet nivå enn en ville klart dersom ikke dette hadde vært oppnådd. God relasjon er nøkkelen til suksess (Eide & Eide, 2012).

Da god relasjon er oppbygd, vil en kunne smertelindre og samarbeide mye bedre med pasienten. Pasienten vil kunne åpne seg om følelser, meninger og opplevelser lettere, og derav vil smertekartlegging og generelt kartlegging bedres.

## Innholdsfortegnelse

Sammendrag.....	2
1 Innledning.....	5
1.1 Vår hensikt med oppgaven.....	5
1.2 Problemstilling .....	5
1.3 Case .....	5
1.4 Avgrensning .....	6
1.5 Anonymisering.....	7
1.6 Begrepsavklaring.....	7
1.7 Oppgavens oppbygging.....	8
2. Metode.....	8
2.1 Valg av metode.....	9
2.2 Søk.....	9
2.3 Kvalitetsvurdering og kildekritikk .....	10
2.4 Primær- og sekundærlitteratur.....	10
2.5 Forskning.....	11
3 Teori .....	12
3.1 Lungekreft (Cancer pulmonalis) .....	12
3.2 Palliasjon .....	13
3.3 Smerter .....	14
3.4 Kartlegging av smerter .....	14
3.5 Smertetyper .....	16
3.6 Røykslutt .....	16
3.7 Sykepleieteoretiker.....	17
3.8 Smertebehandling hos kreftpasienten.....	18
3.9 Kjemoterapi, mål og bivirkninger .....	19
3.10 Medikamentell smertelindring .....	20
3.11 Holistisk menneskesyn, omsorg og behov .....	21
3.11.1 Kartlegging.....	21
3.11.2 Relasjonsbygging .....	22
3.11.3 sammenhengen mellom det fysiske og det psykiske.....	23
3.11.4 Krise og krisereaksjon.....	23

3.12 Lover og regler .....	24
3.12.1 Pasient og brukerrettighetsloven .....	24
3.12.2 Helsepersonelloven .....	24
3.12.3 Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere.....	24
3.13 Etikk .....	24
4 Drøfting .....	25
4.1 Sykepleier-pasient-fellesskap.....	25
4.2 Smerter og lindring av disse.....	28
4.2.1 Medikamentell smertebehandling .....	30
4.3 Palliativ pleie.....	31
4.3.1 Kjemoterapi .....	32
4.4 Holistisk sykepleie .....	33
4.4.1 Røykeslutt – et alternativ.....	34
4.4.2 De forskjellige behov .....	35
5 Konklusjon .....	37
Litteraturliste .....	39
Vedlegg 1: Søkeprosess .....	44
Vedlegg 2: PICO-skjema .....	46
Vedlegg 3: Kartleggingsskjemaer .....	47

## **1 Innledning**

Vi har valgt å ta for oss en pasient med cancer pulmonalis, siden denne kreftformen er Norges tredje mest hyppige krefttype. Dette er den kreftformen som rammer flest og tar livet av flest mennesker i Norge. I 2008 var det 2500 som ble rammet av denne type kreft, mens i 2014 var det 3019 tilfeller (Kreftregisteret, 2016). Vi ser på disse seks årene en sterk økning, og økningen anses å fortsette i årene fremover. Da det i følge Sæteren (2010) anslås at 70-90% av alle som rammes av kreft opplever smerter i løpet av sykdomsforløpet, vil helsevesenet trenge bedre, bredere og mer kunnskap rundt temaet smertelindring.

### **1.1 Vår hensikt med oppgaven**

Vår hensikt med denne oppgaven er å belyse behovet for kunnskap rundt smertelindring ved palliasjon i helsevesenet. Vi vil drøfte hvordan en kan opprettholde best mulig livskvalitet ved livets slutt. Vi vil gjøre dette ved å se på forskjellige smertelindringsalternativer.

I vår drøfting vil vi ta for oss hvordan vi som sykepleiere kan få til best mulig ivaretagelse av pasienten og kunne utøve god helhetlig sykepleie til cancerpasienten i palliativ fase. Vi vil ta for oss viktigheten av å bygge relasjon med pasienten. Å skape en god relasjon mellom sykepleier og pasient er viktig i enhver situasjon, og det kan være avgjørende for kvaliteten på behandling og hvordan utfallet kan bli (Eide & Eide, 2012).

### **1.2 Problemstilling**

”Hvordan kan vi som sykepleiere på best mulig måte lindre smerte og ubehag for den palliative cancerpasienten?”

### **1.3 Case**

Tone er 32 år gammel, er gift og har to barn i barneskolealder. For et år siden fikk hun påvist diagnosen småcellet cancer pulmonalis. Hun har tidligere mottatt behandling på sykehus i form av kjemoterapi kombinert med strålebehandling, dette responderte hun godt på. Etter endt behandling og på tross av dårlig prognose, gikk canceren i remisjon. På grunnlag av dette stanset behandlingen.

Tone har alltid vært en sosial og utadvendt person med mange venner. Det er viktig for henne

å opprettholde det sosiale med vennene sine, på tross av hennes diagnose og behandlingen hun mottar for den. Mange i Tones omgangskrets røyker, og har som henne holdt på i over tjue år. Dette gjør det vanskeligere for henne å gi seg, og hun har derfor ingen planer om å kutte ut røyken på tross av sterk anbefaling fra fastlegen sin.

Hun har den siste tiden følt seg veldig slapp, har hatt nedsatt matlyst og har rast ned i vekt, og har derfor blitt innlagt på sykehus for videre undersøkelse. Resultatene av disse undersøkelsene påviser at canceren ikke lenger er i remisjon, men at den nå har vokst seg stor og metastasert til skjelettet. Legene sier at den eneste muligheten de nå har, er å gi henne palliativ cytostatika som en livsforlengende og lindrende behandling som kan øke livskvaliteten hennes, da kurativ behandling ikke lengre ser ut til å virke.

Etter noen uker innlagt på sykehus, har tilstanden hennes blitt forverret og hun har godtatt å prøve ut cytostatikabehandling i en periode for å vurdere gevinsten opp mot risikoen for bivirkninger. Tilstanden hennes er fallende og hun har nå fått tilbud om en plass på et sykehjem i nærheten av hennes bosted. Hennes mann vil gjerne ha henne hjem, men på tross av dette har hun takket ja til plassen. Hun ønsker ikke å belaste mannen og barna med sine økende behov.

#### **1.4 Avgrensning**

Smertelindring innenfor palliativ pleie er et veldig stort tema, og vi har derfor valgt å avgrense oppgaven ved å skrive en case hvor vi har tatt for oss cancerpasient.

Cancerpasienten har pårørende, og vi har kun valgt å bruke de som en ressurs i oppgaven. Innenfor temaet smertelindring blir det fort snakk om lindring i form av medikamenter. Det mange ikke tenker over, er at det finnes utallige måter å lindre smertene til en pasient ved palliasjon på. Martinsen (2003) snakker om holistisk menneskesyn innenfor sykepleie; det psykiske, fysiske, sosiale og åndelige/eksistensielle, det er disse aspektene vi primært velger å ta for oss i oppgaven vår. Vi velger å ta med medikamentell behandling i den form av at det er sykepleiers arbeidsoppgave å administrere de medikamentene legen har forordnet, samt at det er sykepleier som skal observere virkning og bivirkning av disse.

Vi har ved hjelp av casen vår avgrenset slik at Tone allerede har fått beskjed om at sykdommen er inkurabel, og behandlingen blir dermed rettet mot palliasjon. Vi har valgt sykehjem som behandlingssted, og vi velger å ikke ta med eventuelle sykehusinnleggelse. Vi vet at dokumentasjon er lovpålagt og viktig i behandlingen av pasienter, men har valgt å

ikke gå spesielt inn på dette temaet for å begrense oppgaven vår. Innenfor sykepleier-pasient-fellesskapet har vi valgt å ta for oss de hjørnesteinene vi mener er relevante for vår case.

### **1.5 Anonymisering**

Personen vi har valgt å ta for oss i casen er oppfunnet. Begge to har arbeidet med cancerpasienter i palliasjon tidligere, og det er derfor en karakter av et sykdomsbilde og ikke en virkelig person.

### **1.6 Begrepsavklaring**

Palliasjon: pleie ved livets slutt når behandling ikke virker helbredende. Behandlingen forlenger livet, lindrer symptomer og gjør livskvaliteten så god som mulig (Lorentsen & Grov, 2011).

Kurativ behandling: helbredende behandling, behandling som kan kurere deg (Nylenna, 2012).

Helhetlig sykepleie: kunnskapsbasert praksis hvor alle de grunnleggende behovene til pasienten blir dekket. Virginia Henderson presiserer at mennesket er en kompleks sammensetning av det fysiske, psykiske, sosiale og åndelige/ eksistensielle (Kristoffersen, 2012).

Kjemoterapi/cytostatika: medikamenter som brukes for å bekjempe og drepe kreftceller, og kan gis i tablettform, injeksjoner(sprøyte) og intravenøst(rett i blodet) (NHI, 2014).

Hovedprinsippet ved kjemoterapi er å utnytte forskjellen mellom maligne(ondartede) celler og normalt vev (Nome, 2010).

Strålebehandling: behandling mot kreft, der små mengder med energi blir overført fra en strålekilde til kreftsvulsten. Stråling vil treffe og skade friskt vev ved forsøk på å treffe kreftceller (Jetne, 2010).

Remisjon: betyr at de fleste symptomene har forsvunnet (Kreftforeningen, 2016). Brukes vanligvis for å beskrive behandlingsresultatet ved kreftsykdommer (Nylenna, 2012).

Cancer pulmonalis: latinsk ord for lungekreft (Mjell, 2011).

Metastase: betyr at kreften sprer seg. Svulst som oppstår ved celler som spres fra primærsvulsten (Nylenna, 2012).

Livskvalitet er subjektivt og omhandler optimal velværefølelse både psykisk og fysisk ut fra forholdene som ligger til grunn og hva den enkelte ønsker med livet sitt (Hummelvoll, 2012).

## **1.7 Oppgavens oppbygging**

Vi har valgt å bygge opp vår oppgave på denne måten:

1. Innledning, her har vi skrevet hensikten med oppgaven, videre presenterer vi problemstillingen, samt case, avgrensning, anonymisering og begrepsavklaring.
2. Metod delen vår inneholder valg av metode, hvordan vi har søkt oss frem og kritisk vurdert både primær og sekundær kilder. I slutten av kapittelet presenterer vi forskning vi har kommet frem til, som er vesentlig for vår oppgave.
3. Teoridel, i denne delen vil vi presentere vår teori som omhandler cancer, palliasjon, smerter og smertetyper, samt kartleggingen av disse. Vi tar for oss sykepleiers rolle hos cancerpasienten, behandlingsmetoder, lover og regler, etikk og relasjonsbygging. Teorien til sykepleieteoretikeren Ida J. Orlando er beskrevet i denne delen.
4. Drøfting
5. Konklusjon
6. Litteraturliste
7. Vedlegg 1 er en beskrivelse av vår søkeprosess. Vedlegg 2 er PICO-skjema som ble brukt i søkeprosessen. Vedlegg 3 er en illustrasjon av kartleggings skjemaer som er presentert i oppgaven.

## **2. Metode**

Aubert (1985) beskriver i Dalland (2013, s. 111) metode som ”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 i arsenalet av metoder.”

Ved at vi har skrevet en metodedel, vil det være lettere for leserne å få et overblikk og forståelse av vår oppgave. Det finnes forskjellige metoder å skrive en oppgave på: kvantitativ- og kvalitativ metode. Kvantitativ metode omhandler statistikker og tabeller, den gir oss data i



form av målbare enheter. Et eksempel kan være forskning som omhandler 150 pasienter, hvor et spørreskjema blir anvendt. Ved hjelp av resultatene kan man lage en tabell og diskuterer resultatet. Kvalitativ metode er individuelle meninger og opplevelser som ikke kan måles med tall. Denne metoden kan eksempelvis være intervju av personer som er essensielle i forskningen, for eksempel pårørende, fagpersoner og pasienter. Ved å bruke begge metodene vil en kunne få opplysninger fra flere perspektiv (Dalland, 2013).

## **2.1 Valg av metode**

Vår metode baserer seg på en litteraturstudie, og strukturen i oppgaven er meget viktig for at vi skal få best mulig informasjon og en tilstrekkelig oversikt over temaet vårt. Vi tar utgangspunkt i å innhente informasjon gjennom pensumlitteratur fra alle tre studieår, selvvalgt litteratur og kvalitative og kvantitative forskningsartikler.

## **2.2 Søk**

Vi startet vår søkeprosess ved å fylle ut et PICO-skjema, dette er et skjema vi har erfaring med fra tidligere. Vi mener dette er relevant for å strukturere litteratursøket vårt. Hver bokstav i PICO har en betydning for oppbygningen av skjemaet, der "P" står for pasient/populasjon, altså hvem problemstillingen handler om. "I" står for intervensjon, som spesifiserer det ved denne pasientgruppen vi ønsker å fokusere på. "C" betyr sammenligning, der vi kan sette to tiltak opp imot hverandre. Vi har valgt å ikke bruke denne kolonnen i vårt søk, dette fordi vi ikke har spesifikke tiltak å sette opp imot hverandre. Den siste bokstaven er "O", som står for de utfallene vi ønsker å oppnå (Kunnskapsbasert praksis, 2012).

For å finne MeSH-termer (Medical Subject Headings)/søkeord til vårt PICO-skjema brukte vi ordnett som en oversetter fra norsk til engelsk. Vi har valgt å skrive både norske og engelske MeSH termer for å oppnå best mulig resultater. Vårt PICO-skjema ligger som et vedlegg (vedlegg 2). Før vi kunne fylle ut et PICO-skjema måtte vi bestemme oss for hvilken målgruppe vi rettet oss mot, og hva slags kjernesporsmål vi brukte i vår problemstilling. Dette fordi kjernesporsmålet kan hjelpe oss å finne ut hvilken forskningsmetode som kan gi best resultater (Kunnskapsbasert praksis, 2012).

Vi har søkt i databaser gjennom helsebiblioteket, der har vi forsøkt å finne artikler via Cinahl, PubMed, Cochrane library, samt funnet MeSH-termer på SveMed+. Videre har vi søkt gjennom Høgskolen i Hedmark sine databaser med fjerntilgang hjemmefra, hvor vi har tatt i bruk ORIA, Cinahl og PubPsych. Vi har også søkt etter relevante artikler fra

sykepleien.no.

Vi har funnet forskningsartikler på alle disse databasene, men etter nøye gjennomgang har vi kun tatt i bruk artikler fra noen av de. Vi har funnet så oppdatert forskning som mulig, dette har vi gjort ved å avgrense til 5 år eller nyere i søkeprosessen. I følge skolens retningslinjer skal vi minst ha fire forskningsartikler, hvor i iallfall to skal være engelskspråklige. Vi har valgt å ha både norske og engelske artikler, søkeprosessen til disse artiklene er lagt med som et vedlegg (vedlegg 1).

### **2.3 Kvalitetsvurdering og kildekritikk**

International committee of medical journal editors (1978/2015) skriver at for å kritisk vurdere om forskning er troverdig, bør en bruke IMRAD-prinsippet. Dette prinsippet går ut på at en forskningsartikkel skal inneholde fem deler: introduksjon, metode, resultat, (and), abstract og diskusjon.

Vi har i tillegg til IMRAD-prinsippet valgt å bruke sjekklister til kunnskapsbasert praksis (2012) for å kritisk vurdere våre kilder. Vi vurderte tidsaktualiteten for å se om artikkelen var av nyere dato, eventuelt for å se hvor foreldet den var. Da en artikkel er eldre enn fem år gammel, ser en etter hvor anerkjent forfatteren er eller hvor hyppig den er blitt referert. Etter å ha utført disse kriteriene undersøkte vi om artiklene harmoniserte med vår problemstilling. Forskningsartiklene vi har valgt er enten fagfellevurdert eller hentet fra en troverdig database. Da en artikkel er fagfellevurdert er den vurdert og godkjent av eksperter på forskningens fagområdet (Dalland, 2013).

Når det gjelder vår selvvalgte litteratur har vi gått ut ifra samme kriterier som nevnt ovenfor, vi har valgt bøker som er pensum innenfor kreftsykepleie. Den ene boken vi har funnet er eldre enn 5 år, men vi velger å ha den med fordi vi mener den er relevant for vår problemstilling. Vi har i tillegg dobbeltsjekket innholdet opp imot nyere og troverdige pensumbøker.

### **2.4 Primær- og sekundærlitteratur**

Primærlitteratur er da fakta kommer fra den opprinnelige kilden, som i dette tilfellet er stoff som direkte er skrevet av forskeren eller forskergruppen. Sekundærkilder er når noen andre har tolket det stoffet forskeren eller forskergruppen har kommet frem til i den opprinnelige artikkelen, og har oppsummert det i en annen litteratur. Ved å bruke sekundærlitteratur kan vi tolke resultatet til originalforskeren på feil måte, dette fordi det allerede har blitt tolket fra

originalartikkelen (Dalland, 2013).

## **2.5 Forskning**

Her presenterer vi de ulike forskningsartiklene vi mener er relevante for vår problemstilling og vår oppgave.

Steindal & Sørbye skrev en forskningsartikkel i 2010 som belyser behovet for bedret kunnskap rundt tema palliasjon i sykehjem. Metoden som er brukt baserer seg på kvalitativ metode da de har intervjuet de nærmeste pårørende til pasienter i palliativ fase som ble overflyttet til sykehus og døde der. Det ses også at sykehjemspasienter i palliativ fase ofte blir forflyttet til sykehus på grunn av manglende kunnskaper fra personalet på sykehjem. Vi ser artikkelen som svært relevant i forhold til vår problemstilling da det viser seg at 41 % dør på sykehus, og 21,6 % av disse ble overført fra sykehjem.

Gran, Grov & Landmark skrev i 2013 en forskningsartikkel hvor det ble undersøkt hvor stor betydning smertekartlegging kan ha for å lindre smertene til eldre pasienter i sykehjem optimalt. Her har de brukt en kvantitativ metode hvor de anvendte et spørreskjema til datasamlingen. De har også brukt et skjema som kartlegger intensiteten av smertene (Present Pain Intensity) og et kroppskart for å lokalisere området. Kartleggingen ble gjort 5 ganger i løpet av 14 dager, der 46 % av pasientene oppga at de hadde smerte på alle fem kartleggingstidspunktene. Vi ser denne artikkelen som svært relevant da vi mener den svarer på vår problemstilling

Sussman og Liu ga ut en studie i 2012. Denne studien tar for seg bruken av kognitiv atferdsterapi og ACT-terapi (Acceptance and commitment therapy), hos pasienter som under palliativ pleie har dødsangst. Denne studien belyser kommunikasjon og forståelse av døende pasienters følelser, samt hjelpemidler en kan bruke hos kreftpasienter i terminal fase. Denne forskningen er en primærkilde hvor de har valgt å bruke kvantitative data for å nå sine mål. Vi ser på denne studien som relevant for vår oppgave, dette fordi de viser oss de utfordringene en kan komme over når en virkelig setter seg inn i den døende pasientens følelser.

Tornøe, Danbolt, Kvigne & Sørliie ga ut en forskningsrapport i 2014. Studien omhandlet sykepleierens mangel på erfaring og kunnskap rundt de døende, og hvordan en kunne best mulig lindre pasientens spirituelle og eksistensielle smerter. Dette er en kvalitativ studie, hvor

de valgte å intervju sykepleiere som arbeidet med døende pasienter. Vi ser på denne studien som meget relevant for vår oppgave, da de tar for seg smertelindring på to forskjellige plan. De skriver om forskjellige virkemidler en kan bruke for å få pasienten mest mulig til å åpne seg opp for en, hvor en vil bli sluppet til deres følelser.

Granheim, Raaum, Christophersen & Dihle utførte en studie i 2015, som gikk ut på å belyse sykepleiere og sykepleiestudenters holdninger og kunnskap rundt smertelindring av pasienter på kirurgisk avdeling. Studien er i kvantitativ form av spørreskjemaet *Nurses' knowledge and attitude survey regarding pain* (NKAS). Denne studien er noe vi ønsker å ta med, da vi mener det er viktig å få fram sykepleierens holdninger og kunnskaper rundt temaet smerter. Ifølge studien er sykepleierne godt informert på noen områder, men ikke overalt.

Chambers, Morris, Clutton, Foley, Giles, Schopfield, O'Connel & Dunn gjorde i 2015 en studie rundt pasienter med lungekreft. Studien gikk ut på hvordan kognitiv atferdsterapi (CBT) kan hjelpe pasienten med angst og depresjon gjennom de forskjellige fasene av kreftforløpet. Studien ble utført på forskjellige kvinner og menn, og er en kvantitativ forskningsmetode. Vi ser på forskningsartikkelen som svært relevant, da den fokuserer på kommunikasjon og sosialisering hos kreftpasienten. Den ser også på hvordan vi som sykepleiere kan hjelpe pasienten til å akseptere sin situasjon.

Rood, Eeltink, van Zuuren, Leeuw & Huijgens Rood, Eeltink, van Zuuren, Leeuw & Huijgens har utgitt en oppsummert forskning i 2014. Der har de gått gjennom 14 relevante studier, som går på informasjonsbehovet til pasienter med hematologiske maligniteter. Denne studien er relevant for oss da vi kan overføre noe av informasjonen til vår oppgave. Studien er basert på sekundær forskning.

## **3 Teori**

### **3.1 Lungekreft (Cancer pulmonalis)**

Hele tiden produserer kroppen nye celler, dette gjøres ved at en celle dobler sitt DNA og deler seg. Ved kreft har det oppstått mutasjoner(skader) i cellenes DNA, og celledelingen skjer ukontrollert. Da cellene fortsetter å dele seg ukontrollert, skjer det en opphopning av

kreftceller i organet der veksten startet, og det vil etter hvert føre til en kreftsvulst. Kreftsvulsten kan etter hvert forstyrre organets funksjon, og symptomer på dette kan eksempelvis være hoste og tung pust for dem med cancer pulm (Kreftforeningen, 2016). Kreft kan ramme alle aldre, men noen typer kreft er knyttet til forskjellige aldersgrupper (Mjell, 2011).

Kreftforeningen (2015) skriver at de vanligste behandlingsformene for kreft er kirurgi, cytostatika og strålebehandling. Disse behandlingsformene kan brukes alene eller kombineres med hverandre. Hvilken behandling en får avhenger av kreftform, hvor langt den er kommet i forløpet og hvilke ressurser som er tilgjengelig i området. Kreft er i dag den ledende årsak til dødsfall i verden, og World Health Organization (WHO) varsler at forekomsten av kreft kommer til å øke med rundt 70% de neste 20 årene (World health organization, 2015).

I følge kreftregisteret (2016) er lungekreft den tredje mest hyppige kreftformen. Sigarettøyk er den hyppigste årsaken, med 80-90%. Risikoen for å utvikle lungekreft øker jo oftere en røyker og hvor lenge en har røyket. Andre årsaker kan være at en har blitt utsatt for asbest, metaller, stråling eller andre industrielle kjemikalier (Mjell, 2011). De vanligste symptomene er hoste, tung pust, slapphet, smerter ved inhalasjon, blodig ekspektorat og smerter mellom skulderbladene (Kreftforeningen, 2015).

Mjell (2011) skriver at det i teorien er hele åtte forskjellige typer lungekreft, men i praksis sies det å bare være to. Disse to er småcellet og ikke-småcellet. Den mest vanlige er ikke-småcellet og denne typen utgjør opptil 70-80% av alle tilfeller lungekreft. Den andre er småcellet, som utgjør rundt 20% av tilfellene og er den mest aggressive av de to. Småcellet vokser ofte raskt og sprer seg tidlig i forløpet, dette fører ofte til kort forventet levetid, noe som gjør at kirurgi blir uaktuelt (Kreftforeningen, 2015; Oncolex, 2015).

### **3.2 Palliasjon**

Da helbredende behandling ikke lenger har noen effekt på pasientens diagnose, endres målet for hjelpeapparatet fra helbredende behandling til behandling som forlenger livet, lindrer symptomer og gjør livskvaliteten så god som mulig (Lorentsen & Grov, 2011).

WHO (2016) skriver at palliativ behandling og omsorg verken fremskynder døden eller forlenger dødsprosessen, men at den ser på døden som en del av livet. Palliasjon er

behandling, pleie og omsorg for pasienter som har en uhelbredelig sykdom hvor det er forventet kort levetid. Målene med denne type behandling er best mulig livskvalitet for både pasient og pårørende. Dette ved å lindre pasientens fysiske smerter, psykiske, sosiale og åndelige/eksistensielle plager og ubehagelige symptomer. Helsepersonell skal støtte og hjelpe pasienten med å mestre sin egen hverdag, bidra til å holde aktivitetsnivået oppe inntil døden, kartlegge behovene til både pasient og pårørende og iverksette tiltak som kan bedre situasjonen.

I noen anbefalinger er den palliative pasientpopulasjonen avgrenset til å omfatte pasienter hvor forventet levetid er 9-12 måneder eller mindre. Den palliative behandlingen starter først da det erkjennes at sykdommen er inkurabel og prosessen avsluttes først da pasienten er død og sorgarbeid og oppfølging av de etterlatte er utført (Helsebiblioteket, 2015). Sæteren (2010) skriver at sorg og tap er tett knyttet sammen, både pasienten og de pårørende føler tap av livet til pasienten da den får beskjed om at diagnosen er inkurabel.

Lorentsen & Grov (2011) skriver at oppgavefordeling, ansvar og samhandling mellom de forskjellige samarbeidsinstansene i dette tverrfaglige samarbeidet bør vært klart og tydelig. Det er oftest flere personer og faggrupper som samarbeider dersom pasienten er ung, har en cancerdiagnose, og dersom det er behov for psykososial omsorg. Intensjonen med dette tverrfaglige samarbeidet er å definere et felles mål sammen med pasienten og dens pårørende (Lorentsen et al., 2011).

### **3.3 Smerter**

I følge IASP (International Association for Study of Pain) er smerte en subjektiv følelse. Det er en ubehagelig sensorisk og emosjonell opplevelse som følge av faktisk eller potensiell vevsødeleggelse (Berntzen, Danielsen & Almås, 2011). Som sykepleier må en i stor grad bruke subjektive målemetoder og pasientens eget utsagn for å vurdere smerteintensitet og behandlingseffekt (Bjørgero, 2010).

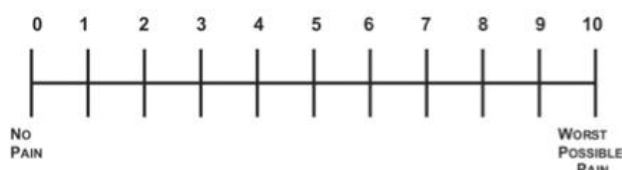
Berntzen, et al., (2011) skriver at dersom en pasient skal beskrive sin smerte til en annen, blir beskrivelsen ufullstendig. Grunnen til dette er at opplevelsen av smerte ofte ikke kan forklares med ord, og at smerten er en personlig erfaring som den lyttende ikke kan oppfatte riktig da den ikke har opplevd smerten selv.

### **3.4 Kartlegging av smerter**

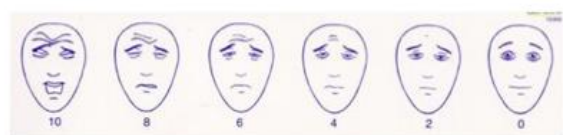
En god relasjon og et godt tillitsforhold mellom sykepleier og pasient er grunnleggende for at

kartleggingen blir tilstrekkelig ut ifra pasientens behov. For å kartlegge smertene og gi en best mulig smertelindring, må sykepleier vite smertens lokalisasjon, kvalitet, intensitet, variasjon og varighet. Sykepleieren kan observere fysiologiske tegn på smerte, som forhøyet blodtrykk, hurtigere puls, rask respirasjon, utvidede pupiller og svetting. Disse fysiologiske tegnene kan gi feil resultat da de kan bli påvirket av stress. Den viktigste faktoren i kartleggingen, er det pasienten selv gir uttrykk for, både verbalt og non-verbalt (Bentzen, Danielsen & Almås, 2011).

Før smertebehandling vurderes og iverksettes bør en kartlegge smertene ved å finne ut smertelokalisasjonen, dette kan gjøres ved å bruke et kroppskart. Kroppskart er en tegning av kroppen sett forfra og bakfra, hvor pasienten skal peke på/sette et kryss der smertene befinner seg. En bør finne ut smerteintensiteten, dette kan gjøres ved å bruke en visuell numerisk skala (numeric rating scale, NRS), visuell analog skala (VAS), verbal skala eller ansiktsskala (faces pain rating scale, FPS), der det er linjert opp en strek hvor pasienten skal fortelle hvordan sine smerter er fra ”ingen smerter” til ”verst tenkelige smerte”. Dette gjøres enten ved å bruke tallene 1 til 10, ved å følge skalaen med bruk av beskrivelser eller ved å bestemme hvilket ansiktsuttrykk som beskriver smerten best. Under kartleggingen må en også tenke på tidsaspektet; når smerten begynte, hvor lenge den varer og hvor lang tid etter inntak av medikamenter det tar før den kommer tilbake (Bjørø, 2010). Berntzen, Danielsen & Almås (2011) skriver at dersom de forskjellige kartleggingsmetodene skal kunne ha betydning, må de brukes kontinuerlig, hyppig og på linje med andre vitale målinger.



NRS (numeric rating scale). Creatiline (2016).



FPS (Faces pain rating scale). Creatiline (2016).

Som sykepleier må en ha kunnskaper om hva slags smerter og ubehag som ofte rammer pasienter med kreftdiagnose i en palliativ fase. Pasienter med inkurabel kreft har oftest kroniske smerter med akutte episoder, gjennombruddssmerter som oppstår akutt og ofte utløses ved bevegelse. Varigheten disse smertene er ofte 5-10 minutter og medikamentell behandling har sjelden effekt. Ca. 70% av all kreftsmerte er tumorrelatert, og minst 50% av alle smerter hos kreftrammede skyldes metastaser til skjelett. Ved skjelettmetastaser er

smertene ofte dumpende og kronisk verkende (Lorentsen & Grov, 2011).

### **3.5 Smertetyper**

Bjørge (2010) beskriver kreft smerter som akutte eller kroniske. De vanligste smertetyperne cancerpasienten kan oppleve og årsaker er:

Nociseptiv (somatisk) smerte: forårsaket av en vevsskade som påvirker nociseptorer.

Nociseptiv smerte fra hud, skjelett og skjelettmuskulatur beskrives ofte som verkende, skarp og lokalisert til organstrukturen (Kaasa & Borchgrevink, 2011).

Nevropatisk smerte: skyldes påvirkning av nervesystemet som overfører nerveimpulser til hjernen. Denne type smerte oppstår oftest hos kreftpasienter fordi tumoren vokser inn i perifere nerver eller sentralnervesystemet. Smertene oppleves som stikkende, brennende og utstrålende (Kaasa et al., 2011).

Visceral smerte: smerte som oppstår i vev med glatte hinner, for eksempel i tarmen. Smerten oppfattes som dyp, klemmende og diffust (Bjørge, 2010).

Oppstår ved sår eller inflammasjon i slimhinnene (Berntzen et al., 2011).

Referert smerte: smerter som oppleves i en annen kroppsdel enn hvor smerten egentlig befinner seg. Årsaken til disse overførte smertene er at smertefibrene fra det egentlige smerteområdet kommer i kontakt med nerver som angir smerte andre steder i kroppen. Hjernen får da vansker med å avgjøre hvor smertene er lokalisert (Berntzen et al., 2011).

Psykogen smerte: smerter forårsaket av psykiske faktorer. Et eksempel er at sterkt emosjonelt stress kan føre til hodepine (Berntzen et al., 2011).

### **3.6 Røykslutt**

Helsenorge (2015) skriver at en oppnår helsegevinst ved å slutte å røyke, og at allerede etter 20 minutter vil en kunne merke forskjell:

- Etter 20 minutter kan:  
Forhøyet blodtrykk og puls gå ned til et normalt nivå. Da en røyker er det vanlig å fryse på hender og føtter, varmen vil etter hvert komme tilbake.



- 8 timer etter røyksslutt kan:
  - oksygenivået i blodet stabilisere seg, og en kan bli mer opplagt.
- 72 timer etter røyksslutt:
  - har lungekapasiteten økt og lungene er i bedring.
  - vil abstinensene og nikotinsuget kjennes for fullt. Tar noen uker før plagene er over.
- 2 uker -3 måneder etter røyksslutt har:
  - lungekapasitet og blodsirkulasjon bedre seg ytterligere. Ved økt blodsirkulasjon i ryggvirvlene vil dette minske sjansene for ryggplager.
  - smaks-og luktesans gått tilbake til normalen, og mat og drikke vil smake bedre.

### 3.7 Sykepleieteoretiker

I 1961 kom Ida J. Orlando ut med en interaksjonsteori som ble kalt «Sykepleieprosessen». Prosessen omhandler interaksjoner mellom sykepleier og pasient, der begge parter påvirker hverandre. Prosessen foregår slik at pasienten kommer med bemerkninger som sykepleier gir en reaksjon på, og utfører en handling ut ifra. Dersom pasienten ikke synes handlingen er tilstrekkelig nok, må prosessen startes på nytt helt til pasienten har det bra. Orlando skriver at teorien krevet mye refleksjon fra sykepleierens side, hvor en snakker med pasienten, stiller spørsmål og «utforsker» for å komme frem til hva som faktisk plager dem. Hun skriver at pasienter ikke er i stand til å forklare hvorfor de har det ubehaget de har, og at de strever med å beskrive hvordan ubehaget føles. Dette med mindre sykepleieren hjelper dem med å komme fram til et svar. Orlando skriver at pasientens smerter kan tolkes via deres oppførsel, da for eksempel en pasient kan bli urolig eller sint om den har vondt.

I boken "the dynamic nurse-patient relationship" forklarer Orlando at forskjellige pleiere kan få forskjellige svar og utfall ved sine handlinger. Hun sier at dette har noe med sykepleierens holdninger, tolkninger og meninger å gjøre. Hun viser til caser hvor to forskjellige sykepleiere spør samme spørsmål, men hvor de fikk forskjellige utfall. Den første sykepleieren viste langt mer interesse og tok seg bedre tid hos pasienten enn med den andre. Dette resulterte i at pasienten åpnet seg mer og bygget tillit til pleieren, og at sykepleieren fikk et større og bredere innblikk i pasientens situasjon.

Orlando legger vekt på at sykepleie bør være en selvstendig arbeidskraft, og at sykepleieren først skal hjelpe til da pasienten ikke er i stand til å hjelpe seg selv. Hun skriver også at sykepleieren skal utøve helhetlig sykepleie. Orlando legger kraft på det faktum at sykepleiers arbeidsoppgaver er på lik linje med leger. Hun mener at leger har ansvar for den delen av

behandlingen som omhandler å kurere og forebygge sykdom, mens sykepleieren har ansvaret for at pasienten har det bra både fysisk og psykisk da den mottar helsehjelp. Altså at det er sykepleierne som lindrer den smerten og ubehaget pasienten har.

### **3.8 Smertebehandling hos kreftpasienten**

Nortvedt & Nesse (2011) skriver at smerte i en palliativ fase kan oppleves som en eksistensiell trussel og være en konstant påminnelse om at en er sårbar og at døden kan bli realitet raskere enn forventet. I oldtidens sykepleie var målet for pleie og omsorg å lindre lidelse og smerte. Sykepleiers rolle var å legge til rette slik at naturen og kroppens egne selvhelbredende krefter skulle virke.

Florence Nightingale var opptatt av erfaring og behov for holistisk observasjon og pleie. For Nightingale var ikke mennesket bare et objekt, men også et subjekt som føler og erfarer. Joyce Travelbee legger vekt på koblingen mellom smerter og lidelse, hun synliggjør likhetstrekkene mellom lidelse og opplevelse av smerte (Nortvedt & Nesse 2011). Travelbee hevder at det krever mot å engasjere seg i andres lidelser (Sæteren, 2010).

Sæteren (2010) skriver at det er livet og de dagene pasienten har igjen å leve som skal være fokuset til sykepleier og annet helsepersonell, fordi pasienter i palliativ fase er levende mennesker på tross av at de er døende.

Det er viktig å se mennesket som en helhet, det å få beskjed om at du har en kreftdiagnose er skremmende. Da en i tillegg får beskjed om at denne sykdommen vil føre deg til døden, går det utover deg både fysisk, psykisk, sosialt og åndelig /eksistensielt. Dermed vil sykepleiers oppgave være å lindre lidelse ved å ivareta hele mennesket (Sæteren, 2010). Da det anslås at 70-90% av alle pasienter som rammes av kreft opplever smerter i løpet av sykdomsforløpet, er smertelindring en essensiell oppgave for sykepleiere (Sæteren, 2010).

Personlighet varierer fra person til person, noen ser ut til å ta lett på situasjonen, mens andre viser sterke følelser. Pasienter har krav på informasjon om sin diagnose og alt som omhandler den, det er derfor viktig å ha fokus på at ikke alle pasienter i palliativ fase ønsker informasjon (Loge, Bjordal, Paulsen & Kaasa, 2011).

Et nøkkelord i smertebehandling er tillit. Da en arbeider med pasienter som har sterke smerter er det spesielt viktig å ha et tillitsforhold mellom sykepleier og pasient. Vi som sykepleiere

må ha fokus på autonomi, som vil si at pasienten har rett til å bestemme over sitt eget liv (Lorentsen & Grov, 2011).

Davy (1998) i Kristoffersen, Nortvedt & Skaug (2012) belyser at pasienter forventer at sykepleiere skaper relasjon til pasienten kjennetegnet av trygghet og tillit. Betydningen av sykepleierens kommunikasjon, holdning og væremåte vurderes som de mest betydningsfulle faktorene for relasjonell kommunikasjon. Relasjonell kommunikasjon omfattes som det å opptre rolig og støttende, vennlig, forståelsesfull, vise omsorg, være til å stole på og behandle pasienten med respekt (Finch, 2002 i Kristoffersen, Nortvedt & Skaug, 2012).

Det er vår oppgave som sykepleiere å skape en god relasjon til pasienten, vi må respektere at pasienten kjenner sin kropp best og vet selv hvor vondt den har det. Smerte er en subjektiv følelse, hvor våre meninger ikke skal påvirke hvilken smertelindring pasienten får (Lorentsen & Grov, 2011).

Omsorg og lindring er begreper som er tett knyttet til hverandre, og beskrives som en forutsetning for å kunne bekrefte og imøtekomme pasienten da trusselen om døden er større enn håpet om livet (Sæteren, 2006). I palliativ fase er det mange som klarer å holde motet oppe ved hjelp av håp. Aktiviteter som for eksempel å lage et album og skrive eller fortelle om livshistorien sin, kan øke livskvaliteten og håpet i livets slutfase. Musikk er et hjelpemiddel som kan virke forløsende for følelsesmessige problemer, og det gjør at pasienten lettere kan sette ord på fortvilelse- og sorgopplevelse. Et annet tiltak som kan lette på humøret og støtte opp åndelig og eksistensielt velvære er livsløpsintervju, dette er en form for reminisensterapi som skal bevisstgjøre erfaringer tidligere i livet. Hensikten med denne type terapi er å løse og integrere gamle konflikter (Lorentsen et al., 2011).

### **3.9 Kjemoterapi, mål og bivirkninger**

Målet med palliativ cytostatikabehandling er å forbedre livskvaliteten, forlenge livet, lindre og forebygge symptomer. Det er viktig å ha en åpen kommunikasjon med pasienten da det også må være dens ønske å utføre denne behandlingen. Fordi maligne og normale celler er veldig like, påvirker stoffene i cytostatika ofte normale celler også. Dette er årsaken til at kjemoterapi ofte gir store bivirkninger. Noen bivirkninger kan opptre under behandling, mens andre opptrer først flere måneder etter endt behandling. Det er viktig å veie opp behandlingens gevinst mot risikoen for alle plagene den kan gi pasienten (Lorentsen & Grov, 2011).

Lorentsen et al., (2011) skriver at fatigue er en vanlig bivirkning av cytostatikabehandling, og at de fleste plages med det i større eller mindre grad. Andre vanlige bivirkninger er emesis, sårhet i munn som forårsaker endret smak og reduserer fuktigheten i slimhinnene, løs avføring og sårhet i uretra og vagina, dette grunnet endrede slimhinner. Kreftforeningen (2016) skriver at hårtap er en vanlig bivirkning. Ved palliativ cytostatikabehandling kan en bruke en badehette som er kledd med is fordi blodårene som forsyner hårsekkene da vil trekke seg kraftig sammen så cytostatikaen ikke når frem til hårsekkene. Hudirritasjon, nedsatt immunforsvar med større risiko for å få diaré og luftveisinfeksjon og tinnitus fordi cytostatikaen påvirker friske celler i det indre øret, nedsatt muskelkraft og følsomhet og frysninger på grunn av skader på små nerver, samt uregelmessig menstruasjon/stans av blødning er også normale bivirkninger (Kreftforeningen, 2016).

Cytostatika kan gå ut over produksjonen av blodceller, trombocytter, leukocytter og erytrocytter. Ved lavt nivå av trombocytter øker blødningsrisikoen, ved lavt nivå av leukocytter øker infeksjonsfaren og lavt erytrocytt-nivå gir anemi. Som følge av lav blodprosent vil pasienten bli slapp, svimmel og blek (Bertelsen, Hornslien & Thoresen, 2011).

### **3.10 Medikamentell smertelindring**

Bjørgero (2010) skriver at den medikamentelle behandlingen skal være peroral lengst mulig, da dette er det beste for pasienten. I den medikamentelle behandlingen skal en fortsette med ikke-opioide analgetika, fordi ikke-opioide analgetika kan redusere behovet for opioider. Verdens helseorganisasjon (WHO) har utarbeidet et smerteregime som bygger på deres anbefalinger, dette regimet kalles smertetrappen. Smertetrappen er delt inn i fire trinn, en starter smertelindringen på trinn 1, som består av ikke-opioider. En går oppover trappetrinnene etter hvor sterke smertene er, og på trinn 2 begynner en å kombinere et ikke-opioid analgetikum med et svakt opioidpreparat, eksempler på disse er paracetamol og kodein. Da disse medikamentene ikke lenger har den ønskede effekt, går en videre til trinn 3 hvor en beholder ikke-opioidpreparatet og kombinerer dette med opioider, som for eksempel morfin. Ved trinn 4 har pasienten intense smerter og her brukes sterke opioider, der behandlingen blir intravenøs (Bjørgero, 2010).

Vanlige bivirkninger ved opioidbehandling er kvalme og brekninger, obstipasjon, sedasjon, hallusinasjoner, forvirringstilstand og respirasjonsdemping. Da disse bivirkningene er svært

vanlige, bør man starte opp med lakserende midler for å unngå obstipasjon, dette med en gang man starter med opioider. En bør gi kvalmestillende medikamenter dersom pasienten opplever kvalme som en bivirkning (Bjørgero, 2010).

### **3.11 Holistisk menneskesyn, omsorg og behov**

I de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere (2011) står det at sykepleieren skal ivareta den enkelte pasients behov for helhetlig omsorg. Ved omsorg for døende pasienter er helhetlig menneskesyn en forutsetning der forståelse av de fysiske, psykiske, sosiale og åndelige eller eksistensielle behov ivaretas av sykepleieren (Kalfoss, 2011)

I møte med døende pasienter, er det viktig å behandle og vise omsorg på lik linje med kurable pasienter. Døende pasienter ønsker å bli anerkjent som et verdifullt menneske og ha mulighet til å leve og vokse til en dør. I omsorg inngår en aldri sviktende respekt (Kalfoss, 2011).

#### **3.11.1 Kartlegging**

Lorentsen et al., (2011) beskriver viktigheten av å ivareta pasientens grunnleggende behov, gi hjelp og bistå så pasienten klarer å utføre dagliglivets aktiviteter. I en palliativ fase, vil de kroppslige funksjonene reduseres gradvis, og det er nødvendig å hele tiden være oppdatert på pasientens funksjonstilstand og symptomintensitet. Dette kan gjøres ved å bruke kartleggingsmetoder og skjemaer som for eksempel Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) og Eastern Cooperative Oncology Group Performance Status (ECOG-status). Disse kartleggingsmetodene ligger vedlagt i vedlegg 3.

Lorentsen et al., (2011) skriver at ved en cancerdiagnose kan en endre kropps- og selvbilde, og pasienten kan trenge hjelp til å mestre kroppsforandringen. Empati og interesse for pasienten og dens situasjon er et godt tiltak for å avhjelpe nedstemthet. Når den syke er i ferd med å gi opp kan familien fungere som en støtte og gi nytt håp. Da en blir rammet av cancer blir en minnet på at en ikke er udødelig, dette kan være en skremmende opplevelse for mange da døden tidligere har vært så fjern. Kvaliteten på relasjonen mellom sykepleier og pasient har stor betydning for hvordan den syke opplever at eksistensielle behov blir ivaretatt.

Tilrettelegging av et terapeutisk miljø er viktig da dette har stor betydning for pasientens opplevelse av helse og velvære. Sykepleier skal sette i gang tiltak som kan lindre fysisk ubehag, som for eksempel å opprettholde god munnhygiene for å unngå brekninger og kvalme, samt ha frisk luft i rommet og dempet belysning og ro. Forebygge og/eller lindre

munnsårhet og munntørrhet, og ha fokus på væskeinntak, dette for å motvirke obstipasjon (Lorentsen et al., 2011).

Bugge, Eriksen & Sandvik (2003) i Lorentsen & Grov (2011) skriver at viktigheten av å ivareta pasientens psykososiale behov øker i palliativ fase, dette fordi belastninger av alle slag kan medføre angst- og depresjonsliknende reaksjoner. Dette igjen fører til at pasienten blir nedtrykt, trist og preget av sorg over det forestående tapet av livet.

### **3.11.2 Relasjonsbygging**

For å bygge et fellesskap mellom sykepleier og pasient må en ta hensyn til noen sentrale hjørnesteiner: likeverdighet, møte/nærværenhet, mål, mening og verdiavklaring, skyld og soning, åpenhet og innsikt, og håp (Hummelvoll, 2012):

- Likeverdighet er selve ledetråden, og innebærer at helhetlig jeg møter helhetlig du (Buber, 1962 i Hummelvoll, 2012).
- Møte/ nærværenhet handler om å være åpen for å forstå ulike måter pasienten forsøker å gjøre seg forstått på, et ansikt-til-ansikt møte, vennskapelighet og interesse for den andre parten er et essensielt aspekt.
- Mål, mening og verdiavklaring, her kan sykepleieren hjelpe pasienten med å avklare hva som er valide livsverdier for den. Behandling og sykepleie må bli styrt av pasientens verdier og meninger for å kunne klare å nå det bestemte målet.
- Skyld og soning er følelser vi alle opplever i løpet av livet. Da pasienten tar opp dette temaet i samtaler, har sykepleieren ansvar for å ikke overdimensjonere problemene, men prøve å sette de i et meningsfylt perspektiv.
- Åpenhet og innsikt vil komme automatisk da en har opparbeidet seg en god relasjon til pasienten.
- Håpet er viktig for å kunne gjennomgå en alvorlig sykdom med lidelse og plager. Pasientens håp kan ofte være urealistiske, det er viktig å ikke avfeie håpet totalt, men heller komme opp med alternative forslag pasienten kan godta. Dette vil føre til et godt samarbeid i arbeidet mot å nå målet.

Aktiv lytting er sentralt i relasjonsbygging. Det betyr å lytte oppmerksomt og engasjert til det som blir fortalt, dette kan utføres både ved verbal og non-verbal kommunikasjon. Ved

nonverbal kommunikasjon kan en være en aktiv lytter ved å ha øyekontakt, berøre, bruke stillhet inn i samtalen for å åpne for selvrefleksjon, bruke håndbevegelser og ha fokus på kroppsholdning. Ved verbal kommunikasjon kan dette eksempelvis gjøres ved å stille spørsmål, bruke pauser, oppmuntre, sammenfatte hva pasienten har sagt og speile følelser (Eide & Eide, 2012).

### **3.11.3 sammenhengen mellom det fysiske og det psykiske**

Respirasjonsplager som kort- og tungpustenhet (dyspné) er beskrevet av Lynch (2006) & Tice (2006) i Lorentsen & Grov (2011, s. 439) som et av de mest ubehagelige symptomene for pasienter med cancerdiagnose. Dette fordi pasienten blir redd for ikke å få puste. Det ses sammenheng mellom tungpustenhet og pasientens angst, depresjon, fatigue og hoste. Behandling for disse plagene kan være medikamentelt, avslappingstekniker, psykososial støtte, mestringsstrategier eller en kombinasjon av de ulike behandlingstiltak (Hench, Bergman, Gustafsson, Gaston-Johansson & Danielson (2008) i Lorentsen & Grov (2011, s. 430). Fatigue er et vanlig symptom, og en måte å hjelpe pasienten i denne situasjonen, er ved å få til en god balanse mellom aktivitet og hvile. Det kan øke energinivået å arbeide med lett fysisk trening, da spesielt utholdenhet. Pasienter med fatigue må akseptere denne bivirkningen for å kunne jobbe med å bli bedre, da det å be om hjelp kan bedre situasjonen må en først akseptere at en trenger hjelp (Schjølberg, 2010).

### **3.11.4 Krise og krisereaksjon**

Johan Cullberg i Reitan & Schjølberg (2010, s. 76) forklarer krise som: ”Individets psykiske situasjon ved en ytre hendelse som er av en slik art at personens fysiske eksistens, sosiale identitet og trygghet eller grunnleggende livsmuligheter er truet”.

Når en person blir utsatt for en alvorlig livshendelse, kan det oppstå en krise for personen og de rundt. Da en krisesituasjon oppstår, vil det ofte bli behov for støtte, noen å snakke om følelsene rundt hendelsen med og medmenneskelig kontakt. En deler ofte krisereaksjoner inn i fire deler; sjokkfasen, reaksjonsfasen, bearbeidelses- og reparasjonsfasen, og nyorienteringsfasen, der fasene kan gi noe varierende betegnelser og avgrensninger (Eide & Eide, 2012).

### **3.12 Lover og regler**

Som sykepleier har man et personlig ansvar for at en utfører faglig, etisk og juridisk forsvarlig praksis. Dette tilsier at en må ha tilstrekkelig informasjon og kunnskap om hvilke lover og regler en skal arbeide ut ifra (Yrkesetiske retningslinjer, 2011).

#### **3.12.1 Pasient og brukerrettighetsloven**

Formålet med loven er at befolkningen skal ha lik tilgang på tjenester av tilstrekkelig kvalitet, dette ved å gi pasienter og brukere rettigheter overfor helse- og omsorgstjenesten. Loven gjelder alle som oppholder seg i Norge og yter helsehjelp. Loven fremmer tillitsforholdet mellom pasient/ bruker og helsepersonell, den skal bidra til å fremme trygghet, integritet og livskvalitet (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999).

#### **3.12.2 Helsepersonelloven**

Lovens hovedmål er å sikre pasienten og kvaliteten i helse- og omsorgstjenesten, samt øke tilliten til helsepersonell og omsorgstjenesten. Loven gjelder all helsepersonell og instanser som utøver helsehjelp i Norge. Helsepersonelloven inneholder regler om hvordan helsepersonellet skal utøve sine plikter og oppgaver (Helsepersonelloven, 1999).

#### **3.12.3 Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere**

Sykepleie utøves på mange forskjellige arbeidssteder, hvor en vil møte mennesker i sårbare situasjoner. De yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere er retningslinjer for hvordan vi sykepleiere skal arbeide etisk, juridisk og faglig. Retningslinjene bygger på prinsippene til ICN sine etiske regler, samt menneskerettighetene i FNs menneskerettighetserklæring (Yrkesetiske retningslinjer, 2011).

### **3.13 Etikk**

Brinchmann (2014) skriver at i etikkens verden er det fire etiske prinsipper som står sentralt. Disse fire er autonomiprinsippet, rettferdighetsprinsippet, ikke skade-prinsippet og velgjørhetsprinsippet. Innenfor sykepleien blir disse fire prinsippene brukt for å forklare og forsvare våre yrkeshandlinger.

Innenfor sykepleie står en ofte ovenfor etiske dilemmaer, dette er når en har flere alternative løsninger som begge enten har positive eller negative utfall (Slettebø, 2014).



- **Autonomiprinsippet:**  
 Dette prinsippet går ut på at pasienten skal ha rett til bestemmelse over sitt eget liv og hva som skjer med personen. Det vil også si at en har rett til medvirkning i behandling, der en kan si nei til behandlingsalternativer eller avslutte behandlingen helt.
- **Rettferdighetsprinsippet:**  
 Prinsippet handler om at alle i like situasjoner skal behandles likt, og at dersom to pasienter behandles ulikt, skal det ligge en god begrunnelse bak. Innenfor kreft er dette et essensielt prinsipp, fordi personer fra alle bakgrunner kan bli rammet.
- **Ikke skade-prinsippet:**  
 Prinsippet går ut på at en ikke skal skade sine pasienter. Det sies også at hvis det er uunngåelig å skade, så skal en velge det minst skadelige alternativet. Innenfor krefttemaet kan dette handle om eventuelle skader og bivirkninger en kan få fra for eksempel stråling, cellegift eller medisiner. En må måle fordeler mot ulemper.
- **Velgjørhetsprinsippet:**  
 Å gjøre godt mot andre er ikke uvanlig for sykepleiere. Prinsippet går ut på at en skal vise sympati, barmhjertighet og medfølelse for de pasientene vi arbeider med. Vi skal stå på for pasienten om den blir gjort urettferd. Vi vil være dens «advokat». I kreftsammenheng handler dette ofte om smertelindring, hvor vi må gi klare beskjeder til leger og kollegaer om disse ikke blir oppfylt.

## **4 Drøfting**

Vi skal nå drøfte teori opp mot vår problemstilling: ”Hvordan kan vi som sykepleiere på best mulig måte lindre smerte og ubehag for den palliative cancerpasienten?”. Når vi drøfter tar vi utgangspunkt i casen som omhandler Tone. Vi vil hjelpe Tone med å oppnå så god livskvalitet som mulig i den palliative fasen, samt gi henne en så god død som mulig.

### **4.1 Sykepleier-pasient-felleskap**

I casen skriver vi at Tone er en sosial og utadvendt person, på tross av dette kan det hende at hun ikke er interessert i å bygge et fellesskap med oss da hun vet hun er døende. Vi har

kunnskaper om viktigheten av å bygge en god relasjon, og vet at det kan bidra til å lindre de smerter og ubehag hun opplever. Da dette kan være en utfordring for oss er det viktig at vi er klar over våre handlinger og oppførsel. Da Tone kun er 32 år gammel, er det spesielt viktig at vi som helsepersonell klarer å holde balansen mellom det å være profesjonell og det å være sosial med henne. Det kan lett skli over i et vennskapelig forhold da hun kan være på vår alder.

Å skape en god relasjon mellom sykepleier og pasient er viktig i enhver situasjon, og det kan være avgjørende for kvaliteten på behandling og hvordan utfallet kan bli (Eide & Eide, 2012). I følge pasient- og brukerrettighetsloven §3-1 (Lovdata, 1999) har pasienten rett til å medvirke i egen behandling så langt det lar seg gjøre. Dersom Tone føler at hun ikke blir tilstrekkelig involvert i bestemmelsene som omhandler henne, kan dette føre til ødeleggelse av relasjonsbyggingen. Da en skal bygge relasjon til Tone, kan en bruke de ni hjørnesteinene Hummelvoll (2012) skriver om i forhold til sykepleier-pasient-fellesskapet; likeverdighet, møte/nærværenhet, mål, mening og verdiavklaring, skyld og soning, åpenhet og innsikt, og håp. Disse hjørnesteinene kan sees på som en stige, der en starter nederst og bygger seg oppover til en god relasjon med Tone. Likeverdighet er det første trinnet i stigen, og sies å være selve ledestråden i dette fellesskapet, dette innebærer at vi må være åpne for Tones opplevelse av situasjonen. For å få til dette, er det viktig at vi møter Tone med respekt og forståelse. Dersom Tone føler at vi ikke har en god holdning til henne, respekterer henne og hennes valg, og viser forståelse for disse, kan dette føre til at hun trekker seg tilbake og ikke ønsker en relasjon med oss. Møte/nærværenhet går mer på selve møtet med Tone, der lytting blir en vesentlig del av relasjonsbyggingen. Dersom Tone føler at vi ikke er tilstrekkelig tilstede og gir henne den fulle oppmerksomheten, kan det skade den allerede oppbygde tilliten fra likeverdighetstrinnet. Det kan være at Tone innenfor trinnet mål, mening og verdiavklaring har satt seg det mål å bekjempe sykdommen. Det er da viktig at vi som sykepleiere ikke avfeier hennes mål, da dette kan være det som holde henne oppe. Vi bør møte Tone med et mer realistisk mål uten å knuse håpet hennes, et eksempel på dette kan være at hun skal holde seg sterk og takle behandlingen. Ved at hun holder håpet oppe, kan dette bidra til at livskvaliteten er så god som mulig den siste tiden. Vi må trå rolig og varsomt da det vi sier kan være avgjørende i forhold til relasjonen oss imellom. Skyld og soning er trinn fire, og Tone kan kanskje føle på skyldfølelse da hun har røyket i mange år og sigarettøyk er den dominerende årsaken til cancer pulmonalis. Dette kan medføre at hun ønsker å straffe seg selv ved å for eksempel klare seg uten å ta smertelindrende

medikamenter. Her er det viktig at vi som sykepleiere ikke opptrer med en dømmende holdning og informerer om viktigheten av smertebehandlingen, da nekting av smertestillende kan gjøre den siste tiden mye verre enn den trenger å være. Vi må ha fokus på at denne diagnosen kan ramme alle, til og med de som aldri har røyket en sigarett, og at hun ikke trenger å føle skyld. Trinn fem er åpenhet og innsikt, her har en allerede klart å opparbeide en viss relasjon, noe som gjør at Tone kan klare å snakke åpent om sine følelser og meninger. Da hun snakker om sine gode og onde følelser, kan dette føre til at hun får innsikt i egen sykdom og hun vil da kunne innrømme for seg selv at hun er døende. Håp er det siste trinnet på stigen, og har vesentlig betydning for at Tone skal klare å gjennomleve lidelsen og plagene sykdommen fører til. Som sykepleiere vil vi sette oss et felles mål med Tone, dette målet bestemmes ut ifra Tones håp og ønsker. Dette målet er oppskriften på god sykepleie for henne, og for hvordan vi kan opprettholde en så god livskvalitet som mulig i hennes siste dager (Hummelvoll, 2012).

Sussman og Liu (2012) skriver i sin studie at det er vanlig at pasienter tar avstand fra situasjonen de står ovenfor da den er såpass alvorlig. Pasienten har en fraværende holdning og gjør ting som får den på andre tanker istedenfor å akseptere situasjonen. De skriver at vi som helsepersonell ikke må ”gå rundt grøten”, men heller snakke direkte med pasienten om døden. Vi mener at døden er et vanskelig tema å snakke om, det kan bli veldig intimt og sårbart for pasienten da den benekter situasjonen. Vi ser viktigheten av å snakke med Tone om det, da benektelse kan føre til indre uro som igjen kan føre til dårlig livskvalitet. Vi tenker fra den andre siden at dersom vi hele tiden minner henne på det, vil hun kunne oppleve en sorgreaksjon hver gang.

Orlando (1961) skriver at forholdet mellom sykepleier og pasient er meget dynamisk, alt som sykepleieren gjør og sier vil gi en affekt på pasienten, og motsatt. Hun skriver også at dersom sykepleieren stiller spørsmål som henter til hennes egne meninger gjennom holdninger, kan dette alene gjøre at pasienten bygger seg opp en egen mening om hvordan sykepleieren er.

Tornøe, Danbolt, Kvigne & Sørli (2014) har kommet frem til forskjellige metoder som vi sykepleiere kan bruke for å styrke vårt samhold med Tone, og for å hjelpe henne gjennom den tunge tiden. En av metodene de nevner, er å oppmuntre til å snakke om hvordan Tone opplever situasjonen og følelser hun har rundt denne. Sykepleierne som ble intervjuet har opplevd at pasienter i samme situasjon som Tone og som har åpnet seg og snakket om

følelsene sine, har fått en mer fredfull død. Måten de har hjulpet pasientene til å åpne seg, er ved å vise at de er til stede for de. Dette kan få pasienten til å føle seg sett og hørt, samtidig som det kan åpne veien for gjensidig respekt og tillit. Vi ser også ulempen dette kan medføre, dersom vi bruker mye tid inne hos Tone kan det være vanskelig for henne å fortelle oss at hun har lyst til å være i fred. Det er derfor viktig at vi som sykepleiere tar ansvar og forteller Tone at vi har tid og mulighet til å være med henne, men at vi ikke vil krenke hennes privatliv og alenetid dersom hun ønsker det. Vi må også ha fokus på den non-verbale kommunikasjonen. Kunnskapssenteret (2014) skriver at 70% av kommunikasjonen vår er non-verbal. Dette tilsier at vi som sykepleiere er avhengig av å ha dette under kontroll for å kunne skape en god relasjon med Tone.

Orlando (1961) skriver om det dynamiske forholdet mellom sykepleier og pasient, dette kan ses ved non-verbal kommunikasjon. Dersom vi har oppmerksomheten og konsentrasjonen et annet sted, vil Tone kunne merke dette raskt. Dette kan gjøre at hun lukker seg mer enn hun vil åpne seg. Forholdet kan også ses i motsatt retning, der vi som sykepleiere er avhengig av å lese Tones kroppsspråk for å skjønne hva hun egentlig mener og føler.

#### **4.2 Smerter og lindring av disse**

Orlando (1961) beskriver i sin sykepleierteori at sykepleierens tanker og følelser er en samling av objektive og subjektive data, som en har lært via direkte samhandling med pasienten. Dette kan forstås som at det er viktig å lære Tone å kjenne og ha en god relasjon til henne dersom vi skal kunne lage en skikkelig behandlingsplan for henne.

Det er også ifølge Lorentsen & Grov (2011) viktig at vi har en god relasjon til Tone, for at vi skal kunne smertelindre henne optimalt. Vi må respektere at hun selv kjenner sin kropp best, og vet hvor sterke smerter hun har. Smerte sies å være en subjektiv følelse, og våre meninger og holdninger skal ikke kunne påvirke smertebehandlingen Tone mottar. Dersom Tone eksempelvis forteller oss at hun har smerter på tross av at vi vet at hun har fått en veldig høy dose med opioider, skal vi ikke avfeie hennes smerteopplevelse selv om vi tenker at hun må være tilstrekkelig smertelindret på den dosen. Hvis vi heller finner den underliggende årsaken og behandler den på tilstrekkelig måte, vil dette kunne være med på å bygge oppunder relasjonen vi først bygde opp. Men dersom vi avfeier henne og tenker at hun er smertelindret på den høye dosen, vil det kunne skade relasjonen og vi vil da ifølge Orlando (1961) ikke kunne lage en skikkelig behandlingsplan for henne.

Det anslås i følge Sæteren (2010) at 70-90% av alle pasienter som rammes av kreft opplever smerter i løpet av sykdomsforløpet, disse smertene oppleves i følge Bjørge (2010) som akutte og kroniske. Da det er stor sjanse for at Tone opplever smerter, er det vår oppgave som sykepleiere å smertelindre henne tilstrekkelig. Dersom dette ikke blir tatt alvorlig, vil hun ha konstante smerter og en dårlig livskvalitet den siste tiden hun har igjen å leve.

Granheim, Raaum, Christophersen & Dihle (2015) handler om sykepleierens holdninger og kunnskaper rundt smertelindring av pasienter. Denne studien viser at sykepleiere rangerer pasientens smerteopplevelse lavere enn hva pasienten egentlig opplever. Årsaken til dette kan i følge Berntzen, Danielsen & Almås (2011) være at smerte er vanskelig å kommunisere og enda vanskeligere å forstå, da en ikke kjenner smerten på sin egen kropp. Smerte kan ikke beskrives med ord, og har da lett for å bli misforstått. Det er viktig at vi bruker verktøy som kan gjøre at vi lettere forstår Tones smerter, dette kan blant annet være VAS-skala for å måle smertens intensitet og kroppskart for å lokalisere smerten. Vi mener at hjelpemidlene bør brukes jevnlig for å unngå misforståelser rundt smerteopplevelsen og eventuelt da feilbruk av smertelindrende medikamenter som en følge av feiloppfatningen.

Gran, Grov & Landmark (2013) skriver i sin studie om betydningen av å kartlegge smerter hos pasienter. Der har de brukt et spørreskjema, et skjema som kartlegger smertens intensitet og et kroppskart som lokaliserer smerten. Da denne undersøkelsen ble gjort, var hensikten å finne ut om pasientene som gikk på smertelindrende medikamenter var tilstrekkelig smertelindret. De har kommet frem til et resultat som tilsier at pasienter på sykehjem ofte ikke blir tilstrekkelig smertelindret, og har videre undersøkt underliggende årsaker til smertene. Noen av årsakene som nevnes er mangelfull kartlegging og fagpersonell, derav mangelfull kunnskap, tidspress og kommunikasjonsproblematikk. Studien viser at pasienter underrapporterer sine smerter, og ikke vil være til bry da de observerer at vi som helsepersonell har mye å gjøre. Det vil derfor være viktig at vi smertekartlegger kontinuerlig, følger opp Tone og hennes smerter og eventuelle plager, samt at vi dokumenterer godt for at kollegaer også skal kunne følge opp dette (Berntzen, Danielsen & Almås, 2011).

Vi må informere Tone om at det er vanlig å oppleve smerter i hennes livssituasjon (Sæteren, 2010), og at vi ønsker å gi henne tilstrekkelig god lindring av disse, og at hun på ingen måte er til bry for oss dersom hun ønsker kontakt (Bentzen, et al., 2011). I kartleggingen er det viktig at vi observerer Tones non-verbale samt verbale måter å gi uttrykk for smerter på, dette

på grunn at hun kan ha underrapportert sine smerter, som sett i studien til Gran, Grov & Landmark (2013).

Eide & Eide (2012) skriver at den non-verbale delen av kommunikasjonen er stor. Med tanke på smertelindring, kan dette forstås som at vi skal observere Tones fysiologiske tegn på smerte som Berntzen, Danielsen & Almås (2011) beskriver som forhøyet blodtrykk, hurtigere puls, rask respirasjon, utvidede pupiller og svetting. Dersom Tone forteller oss at hun ikke har smerter, men viser det non-verbalt, er det viktig å ha en åpen kommunikasjon rundt dette. Vi må dessuten være obs på at de fysiologiske tegnene på smerte kan være påvirket av stress. Tone har rett til autonomi, og vi kan ikke lindre smertene hun opplever dersom hun nekter å motta hjelp for de (Brinchmann, 2014).

Orlando (1961) skriver at pasienter ikke er i stand til å forklare hvorfor og hvordan de har det ubehaget eller smerten de opplever, med mindre sykepleieren er behjelpelige med å komme fram til et svar. I følge yrkesetiske retningslinjer (2011) skal sykepleie bygge på forskning, erfaringsbasert kompetanse og brukerkunnskap. Det er viktig at vi har tilstrekkelig med kunnskap rundt temaet smerter, og hva slags smertetyper Tone kan oppleve (Lorentsen & Grov, 2011). Som Orlando (1961) skriver i sin sykepleieteori, skal sykepleieren hjelpe pasienten til å beskrive spesifikt hvordan smerte eller ubehag de opplever. For å få til dette, må sykepleieren ha underliggende kunnskaper rundt temaet og først da blir behandlingen målrettet. Sykepleieren må dokumentere godt for at andre kollegaer skal kunne arbeide på samme måte, og kjenner til pasientens smerter på lik linje med sykepleieren som kartla. Her blir problematikken Gran, Grov & Landmark (2013) tar opp vesentlig. De nevner i sin studie at det ofte er mangel på fagpersonell på arbeid og at språk kan være et problem. Det kan føre til at de ikke har forståelse for fagspråk sykepleieren skriver og/eller ikke forstår optimalt. Dermed vil behandlingen kunne skli ut, og kontinuiteten opphøre (Bentzen, Danielsen & Almås, 2011). Vår oppgave som sykepleiere blir å holde kontinuiteten på kartleggingen og behandlingen ved like, og informere på en tilstrekkelig og god måte til den ufaglærte.

#### **4.2.1 Medikamentell smertebehandling**

Bjørge (2010) skriver at pasienten skal få medikamenter oralt så lenge det lar seg gjøre. I følge Verdens Helseorganisasjons smertetrapp (WHO) skal en gå oppover trappetrinnene ut ifra hvor sterke smerter pasienten opplever. Da vi skal følge denne smertetrappen i Tone sitt tilfelle, må vi hele tiden være oppdatert på hvor intense og sterke smerter hun har og om hun er kapabel til å svelge tabletter. Medikamentene som blir gitt ut ifra smertetrappen blir

bestemt i samarbeid med lege. Det er viktig at vi snakker med Tone om smertene, informerer om hva slags bivirkninger og virkninger de forskjellige medikamentene kan gi henne.

Kartlegging er essensielt med tanke på at hun hele tiden skal være tilstrekkelig smertelindret.

### **4.3 Palliativ pleie**

Tone er en inkurabel pasient, dette kvalifiserer henne som en pasient under palliativ pleie. Det vil si at hun får behandling som så godt det lar seg gjøre vil forlenge livet, lindre smertene og gi henne så god livskvalitet som mulig (Lorentsen & Grov, 2011).

Lorentsen et al., (2011) skriver at kroppslige funksjoner vil kunne reduseres gradvis i en palliativ fase og at det hele tiden er nødvendig å bruke kartleggingsmetoder for å undersøke og holde seg oppdatert på pasientens status og funksjonsnivå. WHO (2016) skriver at det er vår oppgave som sykepleiere, etter å ha kartlagt Tone, å sette i gang tiltak som kan bedre situasjonen hun er i. Dersom vi kartlegger godt, og iverksetter tiltak som kan bedre situasjonen hun er i raskt, har vi større mulighet for å opprettholde en god livskvalitet for Tone den siste tiden.

Orlando (1961) skriver at det er to måter en sykepleier kan arbeide på; via reaksjoner eller med gjennomtenkning. Ved reaksjon mener hun da sykepleier reagerer og handler med en gang en situasjon oppstår. Ved gjennomtenkning har sykepleieren hatt tid til å tenke gjennom situasjonen og en eventuell handling før hun utfører den. Orlando skriver at ved å identifisere problemet, for så å tenke/diskutere seg frem til en god handling vil en sykepleier arbeide profesjonelt. Vi forstår dette som at Tone eksempelvis har smerter eller ubehag, og det er da viktig at vi ikke gir henne smertelindrende medikamenter uten å ha identifisert den underliggende årsaken først. Dersom vi finner årsaken, kan problemet muligens løses uten å ta i bruk medikamenter. Da vi som sykepleiere arbeider ved å reagere raskt på handlinger, kan det føre til at Tone blir overmedisinert og/eller at andre problemer blir oversett.

Steindal & Sørbye (2010) belyser behovet for kunnskap rundt tema palliasjon i sykehjem. De har kommet frem til et resultat som tilsier at 41 % dør på sykehus, der 21,6 % av pasientene ble overflyttet fra sykehjem. De avdødes pårørende ble intervjuet, og meningene deres tilsa at årsaken til forflyttingen var at helsepersonellet på sykehjemmet ikke hadde tilstrekkelig med kunnskaper til å takle situasjonen. Orlando (1961) skriver at sykepleiere må være spesielt utrustet for hver enkelt pasients behov. Yrkesetiske retningslinjer (2011) sier: "Sykepleieren holder seg oppdatert om forskning, utvikling og dokumentert praksis innen eget fagområde, og bidrar til at ny

kunnskap anvendes i praksis.” & ”Sykepleieren har ansvar for å lindre lidelse, og bidrar til en naturlig og verdig død.” I følge våre retningslinjer som sykepleiere er vi pliktet til å holde oss oppdatert innen vårt fagområde, ta ansvar for å lindre lidelse og skape en naturlig og verdig død. Vi ser at dersom vi ikke er oppdatert, kan vi ikke utøve god sykepleie, og vi kan heller ikke lindre Tones lidelse eller gi henne en verdig død. I følge helsepersonelloven § 4 (Lovdata, 1999) er vi også lovpålagt å arbeide innenfor forsvarlighetens grenser. Dersom vi ikke har kunnskaper til å utøve visse arbeidsoppgaver, er vi pliktet til å ansvarsfraskrive oss disse, eller tilegne oss kunnskap til å utføre de. Vi skal øke livskvaliteten til Tone så godt det lar seg gjøre. Men om vi ikke har den kompetansen som trengs for å behandle henne, er det ifølge Yrkesetiske retningslinjer (2011) viktig å erkjenne at vi ikke er kompatible og da heller sende henne til noen som er det. Dette er ikke et godt utfall, da Steindal & Sørbye (2010) belyser at de døde pårørende mener at det ikke er til pasientenes beste, fordi det er en meget stor påkjenning å bli forflyttet.

#### **4.3.1 Kjemoterapi**

Kjemoterapi påvirker de normale cellene i kroppen, dette kan gi kjente bivirkninger. Noen av bivirkningene kan opptre umiddelbart, mens andre kan oppstå etter flere måneder (Lorentsen & Grov, 2011). Før Tone startet på palliativ cytostatika behandling, ble hun informert om virkninger og bivirkninger av behandlingen. Hun måtte selv veie opp mulighetene for bivirkninger opp imot virkningene det førte med seg. På tross av at hun valgte å starte på behandlingen, kan det under behandling hende at bivirkningene tar overhånd, og Tone kan tenke at hun vil avslutte behandlingen. Det blir da vår oppgave å sette oss ned med henne og se de positive sidene ved behandlingen mot de negative. Selv om vi ønsker det beste for Tone, må vi følge loven som tilsier at hun har rett til å medbestemme i sin egen behandling (Lovdata, 1999).

I følge Rood, Eeltink, Zuuren, Leeuw & Huijgens (2014) leser mange pasienter om sin diagnose og behandling på internett, dette gjør at mange blir overveldet av informasjonen de finner og blir negativt ladet til sin sykdom. Samtidig som mange ser på det som like god informasjon som de får fra helsepersonell. Slik vi da ser på denne saken, kan internett føre til både negative og positive utfall. Det kan gjøre at Tone føler hun er sjef over sykdommen sin og at hun har tilstrekkelig med informasjon, da hun kan lese dette i fred og ro. På den andre siden kan dette føre til at hun overleser de negative sidene ved sin behandling, noe som gjør at hun veier bivirkningene tyngre enn hva de egentlig kan være.



#### 4.4 Holistisk sykepleie

Holistisk sykepleie går ut på å se, forstå og ta vare på hele mennesket, vi mener med dette alle aspekter; det sosiale, psykiske, fysiske og åndelige/eksistensielle (Kalfoss, 2011). Orlando (1961) skriver at da en sykepleier utfører sine arbeidsoppgaver korrekt, skal dette tilfredsstillende både det psykiske og fysiske ved pasienten. Hun skriver videre at sykepleiere må være spesielt utrustet for å kunne klare å ivareta hver enkelt pasients behov, da alle pasienter og deres situasjoner er individuelle og unike. Slik vi har erfart og lært er god relasjon essensielt, da vi ikke vil klare å utøve god sykepleie til Tone ellers. Vi anser dette som at vi som sykepleiere må ha bred kunnskap rundt Tones situasjon. Om dette skal være mulig, er vi avhengig av å ha en god kommunikasjon med henne, der hun er åpen og ærlig om sine følelser og meninger.

WHO (2016) beskriver palliasjon som behandling, pleie og omsorg for inkurable pasienter. Her er målet å opprettholde så god livskvalitet som mulig, samt lindre smerte og psykiske, sosiale og åndelige/eksistensielle ubehag. Ut ifra dette kan vi se at palliativ pleie i seg selv går ut ifra et helhetlig menneskesyn.

Når pasienter får beskjed om at deres diagnose vil føre til død, er det mange som opplever benektelse, der de vil ha en unnvikende holdning og gjøre ting som får de til å tenke på noe annet. Her ser Sussman & Liu (2012) viktigheten av at helsepersonell snakker direkte om døden i samtale med pasienten. Døden kan være et sårt og vanskelig tema å snakke om, spesielt da det er så nært. De belyser også behovet pasientene har til å snakke ut om følelsene sine, da benektelse kan føre til indre uro som igjen kan føre til svekket livskvalitet (Eide & Eide, 2012). Reitan (2010) skriver at om en pasient har fått en slik beskjed som Tone har, kan den oppleve en krisesituasjon, der de forskjellige fasene er sjokk, reaksjon, bearbeiding og nyorientering.

Ved tidligere praksiserfaring har vi opplevd at pasienter i sjokkfasen benekter sin situasjon, og holder på med andre ting for å skyve bort realiteten. Da for eksempel å fortsette med samme hverdagsrutiner som tidligere, uten å ta hensyn til sin fallende helse. Vi ser viktigheten av at Tone forstår og erkjenner sin livssituasjon, men det er viktig at vi ikke presser på for hardt da dette kan føre til at hun får en konstant påminnelse om at hun er døden nær.

Det er essensielt for pasienten å bli hørt. Her blir det da vår oppgave som sykepleiere å vise pasienten at vi er der for den og hjelpe til med de praktiske tingene da det ofte er stort behov for dette på grunn av nedsatt evne til å løse problemer på egenhånd. Det er individuelt for

hvert menneske hvordan en reagerer, og dersom Tone er i sjokkfasen vil hun kanskje ha behov for ekstra hjelp i denne tiden. Det er lett å misforstå Tone og tro at hun ikke har forstått informasjonen hun får, eller at hun er apatisk til sin situasjon da hun er i benektelsesfasen (Reitan, 2010)

Når det kommer til de andre fasene; reaksjonsfase, bearbeidelsesfase og nyorienteringsfase, er det fortsatt viktig at vi er tilstede for henne og gir medmenneskelig kontakt. Eide & Eide (2012) skriver at det er vanlig å få følelsesutbrudd i reaksjonsfasen, som i Tones tilfelle kan være raseri, sorg eller fortvilelse. Her er vår oppgave som sykepleiere å være en type demper for Tones følelser, samtidig som vi kan være en person Tone kan få tømme sine følelser på. Det er viktig at vi som fagpersonell tar denne rollen da Tone opplever slike utbrudd, dette fordi vi har lært oss å ikke ta det Tone sier innover oss. Vi har fagkunnskap for hvordan vi skal reagere og håndtere slike situasjoner, samt at vi kjenner henne godt da vi har jobbet med å bygge opp en god relasjon. Bearbeidingsfasen er når Tone har jobbet seg gjennom reaksjonsfasen, og begynner å gi slipp på benektelsen, hvor Tone har innsett og erkjent at hun skal dø (Reitan, 2010). Hun kan begynne å reflektere over det livet hun har levd, og tenke på de siste tingene hun vil/skal gjøre før hun dør. Her er vår rolle og støtte oppunder de tingene hun ønsker å ta hånd om, og tilrettelegge på en slik måte så hun får utført de. Dette kan bidra til at hun får en indre ro og økt livskvalitet før hennes bortgang, da hun vet at ting er tilrettelagt for familien. Nyorienteringsfasen omhandler å orientere seg i en ny hverdag. Denne fasen kan enten gå i en negativ eller positiv bane. I Tones tilfelle er det ikke sikkert at denne fasen blir aktuell, men dersom hun kommer dit vil vår oppgave være å hjelpe henne til å holde motet oppe den siste tiden (Reitan, 2010). Dersom hun klarer å forholde seg positiv vil dette kunne bidra til økt livskvalitet for henne. Hvis vi ikke er der for henne og hjelper henne gjennom denne tunge tiden, er det større fare for at hun reverserer og dermed kan ende i en ond sirkel hvor alt blir negativt. Her vil hun kunne trekke seg tilbake og hennes livskvalitet vil bli redusert.

#### **4.4.1 Røykeslutt – et alternativ**

Dette temaet kan ofte føre til et etisk dilemma, hvor vi først og fremst vil ta for oss autonomiprinsippet som går ut på at Tone har selvbestemmelsesrett. Hun kan dermed avgjøre selv om hun vil slutte med røykingen eller ei (Brinchmann, 2014). Yrkesetiske retningslinjer (2011) skriver at vi som sykepleiere skal gi tilstrekkelig med informasjon og forsikre oss om at informasjonen er forstått. Vi forstår dette som at vi må gi Tone informasjon om

helsegevinstene ved røyksslutt, men Yrkesetiske retningslinjer sier også at sykepleieren skal respektere pasientens selvbestemmelsesrett. Dette kan forstås som at vi ikke skal ta en avgjørelse for Tone, men at vi er pliktet til å gi henne informasjon og godta at hun fortsetter å røyke på tross av gevinstene vi forteller henne om.

I Chambers, Morris, Clutton, Foley, Giles, Schopield, O'Connel & Dunn (2015) sin studie snakker de med pasientene angående stigmaet rundt det å ha lungekreft og samtidig røyke, og at dette kan være selvforskyldt. Her sier flere av pasientene at de synes at det er godt å snakke med mennesker som er direkte, men samtidig viser forståelse av situasjonen pasientene befinner seg i.

Kreftregisteret (2016) skriver at 80-90 % av lungekrefttilfellene skyldes sigarettøyk, dette kan gjøre at Tone sitter igjen med skyldfølelse for sin egen diagnose. Det er viktig at vi som sykepleiere ikke bygger oppunder hennes skyldfølelse og at vi har en ikke-dømmende holdning mot henne, da en negativ holdning mot henne kan føre til at hun lukker seg inne og holder oss som sykepleiere på avstand, både fysisk og psykisk (Hummelvoll, 2012). I en slik situasjon er det vanlig å tenke på hvordan livene til de etterlatte blir da hun selv er gått bort. Hun kan føle på sorg og tap av sitt eget liv (Sæteren, 2010), både med tanke på at hun ikke får oppleve at barna vokser opp, at mannen må klare seg som alenefar og at barna må vokse opp uten en mor.

Orlando (1961) sier at sykepleier er ansvarlig for å hjelpe pasientene med å unngå nødsituasjoner, eller forverre nødssituasjoner de allerede er i. Dette utsagnet kan ses fra to perspektiv, dersom Tone fortsetter å røyke, kan dette ende opp i en situasjon der hun blir veldig tett og får kvalningsfølelse. Dersom hun velger å slutte, kan abstinensene dette medfører føles som en nødsituasjon, da hun kan bli enda dårligere enn hva hun ville blitt ved å fortsette (Helsenorge, 2015).

#### **4.4.2 De forskjellige behov**

Åndelig/ eksistensielle behov går ut på menneskers overtro og ritualer de har rundt denne. Når en person blir syk kan den ha behov for å ty til høyere makter, dette for å finne mening med situasjonen (Kalfoss, 2011). Hun kan streve etter å finne mening i situasjonen og ofte føle på spørsmålet "hvorfors skulle dette ramme akkurat meg?" (Reitan, 2010). I slike situasjoner er

det viktig at Tone har noen å snakke med, at vi er der for henne og eventuelt bistår med det vi kan for å hjelpe henne.

Tornøe, Danbolt, Kvigne & Sørli (2014) skriver ut ifra intervju med sykepleiere, at ikke-troende sykepleiere føler seg ukomfortable med pasienter som tyr til Gud eller andre åndelige makter da de er syke. Dette fordi de følte en stor mangel på kunnskaper rundt dette og at de ikke har noen forbindelse med det. De ikke-troende sykepleiere søkte hjelp hos de troende kollegaene, da de følte at troende var mer til stede for pasienten med tanke på de ba for de, leste bibelen for de og sang kristne sanger med dem da de fant dette trøstende. Vi personlig ville ha følt oss ukomfortable og helt uerfarne rundt dette temaet, men ville ha strukket oss langt for å skaffe hjelp til Tone dersom det var behov, med for eksempel en prest. Det er viktig å kartlegge dette behovet, da dette kan være en stor ressurs for pasienten.

Som skrevet i casen om Tone er hun en sosial dame med store ambisjoner om å opprettholde et godt vennskap med sin omgangskrets på tross av diagnosen og behandlingen hun mottar for den. Ved palliativ cytostatikakur kan en oppleve mange bivirkninger, noen svake og noen veldig sterke. Vi ser positivt på at Tone har slikt pågangsmot, men ser også realiteten bak dette, da bivirkningene kan føre til at hun i perioder verken vil eller klarer å ha besøk av venner og familie. I avgrensningen vår har vi skrevet at vi vil bruke familien som en ressurs så langt det lar seg gjøre. Sett fra den positive siden, vil familie og venner kunne være lyspunktet til Tone i hverdagen, det kan være den måten hun vil få seg ut av sengen på og hun kan føle at det sosiale behovet blir dekket. Men, dersom hun ikke orker å ha besøk kan dette føre til at hun ikke føler seg som en tilstrekkelig god mor og/eller kone. Hun kan da bli trist, føle skyld og bli generelt nedstemt. Dersom dette skjer, er det viktig at vi er der for å hjelpe henne med å fylle dette tomrommet og at vi gir henne den sosiale støtten hun trenger.

Det fysiske behovet går ut på de kroppslige behovene, der oksygen, væske, eliminasjon, søvn, hvile, seksualitet er eksempler. Tone har som skrevet i casen småcellet lungecancer, med kort forventet levetid (Oncolox, 2015). I den siste levetiden, handler vår oppgave om å ivareta, lindre og hjelpe Tone med de fysiske plagene og de nødvendige behov hun har.

Vi ser at de psykiske plagene/behovene går innunder alle de nevnte områdene ovenfor, der psykogen smerte er et godt eksempel. Ved psykogen smerte (Berntzen, Danielsen & Almås, 2011) menes de fysiske smerter pasienten føler, som er relatert til det psykiske. Eksempel på dette kan være at Tone er en ung dame som har seksuelle behov, disse behovene har kanskje ikke blitt tilfredsstilt på grunn av situasjonen. Dette kan da føre til fysiske plager som

rastløshet og frustrasjon.

## **5 Konklusjon**

Ved våre personlige erfaringer så kan vi se et behov for bedret kunnskap rundt temaet smertebehandling innenfor palliasjon. Vi har opplevd at smertekartlegging kan være en mangelvare, eller at det fort blir glemt. Det kan virke som at sykepleiere tror at pasienter er tilstrekkelig smertebehandlet, da de mottar en høy dose smertestillende medikamenter. Vi ser viktigheten av smertekartlegging, da pasienter ofte ikke forteller om sine smerter dersom den ikke blir spurt rett ut. Bjørgo (2010) skriver at smerte er vanskelig å kommunisere, og det er da viktig å ta i bruk smertekartleggingsverktøy som for eksempel VAS-skjema og kroppskart. Kartlegging av smerter er like viktig som andre vitale målinger, og skal utføres hyppig og kontinuerlig da smerteintensiteten kan forandre seg og smertebehandling kanskje ikke fungerer optimalt eller i det hele tatt (Berntzen, Danielsen & Almås, 2011).

Hele vår oppgave bygges rundt det faktum at Tone i casen skal dø og at det da er vår oppgave som sykepleiere å ivareta henne og møte henne der hun er nå. Vi skal ha et godt samarbeid med henne for å nå et felles mål; å opprettholde en optimal livskvalitet i hennes siste levetid. For å kunne lindre smerte og ubehag som skrevet i problemstillingen vår, har vi arbeidet med noen behandlingsmetoder som kan bidra til dette. Vi ser at i alle mulige behandlingsmetoder er god relasjon med Tone avgjørende, for å kunne utføre noe som helst. Dersom god relasjon er oppbygd, vil samarbeidet mellom sykepleier og pasient gå mye lettere og målet blir nådd raskere og på en bedre måte.

Døden kan være skremmende for Tone, da dette er et ukjent tema og at hun føler på den usikre fremtiden. For sykepleiere kan det være vanskelig å snakke om døden med pasienten da dette kan være et sårt tema og kunnskapen kanskje ikke strekker til (Eide & Eide, 2012). Vi ser ut ifra Orlandos (1961) sykepleierteori at sykepleiers erfaringer fra liknende tidligere opplevelser, kan gi et utfall for hvordan pasienter opplever situasjonen. Dette fordi pasienter raskt merker at sykepleier opplever ubehag/beherskelse rundt temaet. Sykepleiers ubehag/beherskelse kan ses gjennom non-verbal kommunikasjon og holdninger.

For at vi skal kunne svare på vår problemstilling, er det viktig at vi som sykepleiere har et helhetlig menneskesyn; ikke bare ser sykdommen, men også personen bak. Cancer pulmonalis kan bli sett på som en selvpåført sykdom, dette gjør at vårt møte med Tone blir spesielt viktig. Vi må møte henne med respekt og en ikke-dømmende holdning, da hun kan føle seg mindreverdige og skyldig på grunn av mange års røyking (Hummelvoll, 2012).

Det er vanlig å oppleve denne diagnosen med dette utfallet som en krisesituasjon, der forskjellige reaksjoner vil oppstå. Det er viktig at vi som sykepleiere støtter Tone gjennom de forskjellige fasene i krisesituasjonen (Eide & Eide, 2012). Reitan (2010) skriver at vi må være der for henne både fysisk, psykisk, sosialt og åndelig/eksistensielt, og sette i gang tiltak som kan bedre situasjonen og øke livskvaliteten.

Vi ser på våre holdninger rundt røyksslutt og helsegevinster dette medfører som ubetydelig. Vi er pliktet til å informere Tone om helsegevinstene, men er også pliktet til å fortelle om bivirkningene dette kan medføre. Ved hjelp av autonomiprinsippet, har vi ingenting vi skulle ha sagt på hennes beslutning rundt temaet, da det fullt og helt er hennes mening som er avgjørende (Brinchmann, 2014).

## Litteraturliste:

Berntzen, H., Danielsen, A. & Almås, H. (2011). Sykepleie ved smerter. I H. Almås, D. G. Stubberud & R. Grønseth (Red.), *Klinisk sykepleie 1*. (4. Utg., S. 355-398). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Bertelsen, B., Hornslien, K. & Thoresen, L. (2011). Svulster. I S. Ørn, J. Mjell & E. Bach-Gansmo (Red.), *Sykdom og behandling*. (1. Utg., S. 123-145). Oslo: Gyldendal Akademisk.

\* Bjørgo, S. (2010). Smerte og smertebehandling. I A. M. Reitan & T. K. R. Schjøberg (Red.), *Kreftsykepleie, pasient-utfordring-handling*. (3. Utg., S. 194-213). Oslo: Akribe AS.

Brinchmann, B. S. (2014). De fire prinsippers etikk –velgjørende, ikke skade, autonomi og rettferdighet. I B. S. Brinchmann (Red.), *Etikk i sykepleien*. (3. Utg., S. 81-96). Oslo: Gyldendal Akademisk.

\* Chambers S. K., Morris B. A., Clutton S., Foley E., Giles L., Schopfield P., O'Connel D. & Dunn J. (2015). *European Journal of Cancer Care*. Psychological wellness and health-related stigma: a pilot study of an acceptance-focused cognitive behavioural intervention for people with lung cancer. Lokalisert 28.01.2016 på:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4309461/pdf/ecc0024-0060.pdf>

\* Creatiline. (2016). *VAS Scale*. Lokalisert 20.02.2016 på: <http://www.creatiline.com/tag/vas-scale-0-10>

Dalland, O. (2013). *Metode og oppgaveskriving*. (5. Utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.

Eide, H. & Eide, T. (2012). *Kommunikasjon i relasjoner - samhandling, konfliktløsning, etikk*. (2. Utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.

\* Granheim T. H., Raaum K., Christophersen K-A. & Dihle A. (2015). *Sykepleieres og studenters kunnskap og holdninger til smerte og smertelindring hos voksne*. Lokalisert 25.01.2016 på: <https://sykepleien.no/forskning/2015/11/sykepleieres-og-studenters-kunnskap-og-holdninger-til-smerte-og-smertelindring-hos>

\* Gran S. V., Grov E. K. & Langmark B. T. (2013). *Smertekartlegging og medikamentell smertebehandling av eldre samtykkekompetente pasienter i sykehjem*. Lokalisert 24.01.2016

på: <https://sykepleien.no/forskning/2013/07/smertekartlegging-og-medikamentell-smertebehandling-av-eldre-samtykkekompetente>

\* Helsebiblioteket. (2015). *Beskrivelse av pasientpopulasjon*. Lokalisert 14.01.2016 på: <http://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/palliasjon/1.innledning-revidert-2009/definisjon-av-palliasjon>

\* Helsenorge. (2015). *Positive effekter ved røykslutt*. Lokalisert 16.02.2016 på: <https://helsenorge.no/rus-og-avhengighet/royk-og-snus/snus-og-roykeslutt/gevinsten-ved-roykeslutt>

\* Helsepersonelloven, LOV-1999-07-02-64. § 4. (2016).

Hummelvoll, J. K. (2012). *Helt – ikke stykkevis og delt. Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*. (7. Utg). Oslo: Gyldendal Akademisk.

\* Orlando. I. J. (1961). *The dynamic nurse-patient relationship*. New York: Leauge for nursing.

\* International committee of medical journal editors. (1978/2015). *Recommendations for the Conduct, Reporting, Editing, and Publication of Scholarly Work in Medical Journals*. Lokalisert 02.02.2016 på: <http://www.icmje.org/icmje-recommendations.pdf>

\* Jetne, V. (2010). Strålebehandling. I A. M. Reitan & T. K. R. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie, pasient-utfordring-handling*. (3. Utg., S. 408-427). Oslo: Akribe AS.

\* Kaasa, S & Borchgrevink, P. C. (2011). Hva er smerte? Et klinisk perspektiv. I K. Stein (Red.), *Palliasjon*. (2. Utg., S. 271-283). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kalfoss, M. H. (2011). Møte med lindende og døende pasienter – sykepleierens møte med seg selv. I H. Almås, D. G. Stubberud & R. Grønseth (Red.), *Klinisk sykepleie 2*. (4. Utg., S. 475-499). Oslo: Gyldendal Akademisk.

\* Kreftforeningen. (2016). *Cellegift*. Lokalisert 18.01.2016 på: <https://kreftforeningen.no/om-kreft/kreftbehandling/cellegift/>

\* Kreftforeningen. (2016). *Hva er kreft?* Lokalisert 10.02.2016 på: <https://kreftforeningen.no/om-kreft/hva-er-kreft/>



\* Kreftregisteret. (2016). *Fakta om kreft*. Lokalisert 18.01.2016 på:

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

\* Kreftregisteret.no. (2014). *Cancer in Norway 2014*. Lokalisert 08.01.2016 på:

<http://www.kreftregisteret.no/Global/Cancer%20in%20Norway/2014/CiN-sammendrag.pdf>

Kristoffersen, N. J. & Nortvedt, P. (2012). Relasjonen mellom sykepleier og pasient. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie Bind 1*. (Utg. 2., S. 84-133). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kristoffersen, N. J. (2012). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie, bind 1*. (2. Utg., S. 207-280). Oslo: Gyldendal Akademisk.

\* Kunnskapsbasert praksis. (2012). *PICO*. Lokalisert 21.02.2016 på:

<http://kunnskapsbasertpraksis.no/sporsmalsformulering/pico/>

\* Kunnskapsbasert praksis. (2012). *Sjekklist*. Lokalisert 02.02.2016 på:

<http://kunnskapsbasertpraksis.no/kritisk-vurdering/sjekklist/>

\* Kunnskapssenteret. (2014). *Verbal og ikke-verbal kommunikasjon*. Lokalisert 17.02.2016 på: <http://kunnskapssenteret.com/verbal-ikke-verbal-kommunikasjon/>

\* Loge, J. H., Bjordal, K., Paulsen, Ø. & Kaasa, S. (2011). Den palliative konsultasjon. I S. Kaasa (Red.), *Palliasjon*. (2. Utg. S. 63-73). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Lorensen, V. B. & Grov, E. K. (2011). Generell sykepleie ved kreftsykdommer. I H. Almås, D. G. Stubberud & R. Grønseth (Red.), *Klinisk sykepleie 2*. (4. Utg., S. 401-437). Oslo: Gyldendal Akademisk.

\* Martinsen, K. (2003). *Omsorg, sykepleie og medisin: historisk-filosofiske essays*. (2. Utg.) Oslo: Universitetsforlaget.

Mjell, J. (2011). Sykdommer i respirasjonsorganene. I S. Ørn, J. Mjell & E. Bach-Gansmo (Red.), *Sykdom og behandling*. (1. Utg., S. 209-242). Oslo: Gyldendal Akademisk.

\* Nome, O. (2010). Generell onkologi. I A. M. Reitan & T. K. R. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie, pasient-utfordring-handling*. (3. Utg., S. 102-120). Oslo: Akribe AS.

- \* Nortvedt, F. & Nesse, O. J. (2011). Smertelindring – utfordring og muligheter. (2. Utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- \* Nylenna, M. (2012). Medisinsk ordbok. (7. Utg.). Oslo: Kunnskapsforlaget.
- \* Pasient- og brukerrettighetsloven, LOV-1999-07-02-63. § 3-1. (2015).
- \* Reitan, A. M. (2010). Krise og mestring. I A. M. Reitan & T. K. R. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie, pasient-utfordring-handling*. (3. Utg., S. 72-101). Oslo: Akribe AS.
- \* Rood, J. A. J., Eeltink, E. T., van Zuuren, F. J., Leeuw, I. M. V-d. & Huijgens, P. C. (2014). *Perceived need for information of patients with haematological malignancies: a literature review*. Lokalisert 16.02.2016 på:  
<http://content.ebscohost.com.ezproxy.hihm.no/ContentServer.asp?T=P&P=AN&K=103748654&S=R&D=c8h&EbscoContent=dGJyMNXb4kSep7U4xNvgOLCmr06eprRSsa64Sa6WxWXS&ContentCustomer=dGJyMPGrtU%2B2qq9PuePfgeyx44Dt6fIA>
- \* Schjølberg, T. Kr. (2010). Fatigue. I A. M. Reitan & T. K. R. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie, pasient-utfordring-handling*. (3. Utg., S. 174-185). Oslo: Akribe AS.
- Slettebø, Å. (2014). Ethiske dilemmaer. I B. S. Brinchmann (Red.), *Etikk i sykepleien*. (3. Utg., S. 42-54). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- \* Steindal, S. A & Sørbye, L. W. (2010). *Er sykehjemmet et verdig sted å dø?*. Lokalisert 10.01.2016 på: <https://sykepleien.no/forskning/2010/06/er-sykehjemmet-et-verdig-sted-do>
- \* Sussman J. K., Liu W. M. (2012) *Perceptions of two therapeutic approaches for palliative care patients experiencing death*. Lokalisert på:  
<http://search.proquest.com.proxy.helsebiblioteket.no/docview/1545321620?accountid=17220>
- 3
- \* Sykepleierforbundet. (2011). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. ICNs etiske regler. Lokalisert 19.01.2016 på: [https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte\\_pdf.pdf](https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf)
- \* Sæteren, B. (2010). Omsorg for døende pasienter. I A. M. Reitan & T. K. R. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie, pasient-utfordring-handling*. (3. Utg., S. 235-256). Oslo: Akribe AS.

\* Sæteren, B. (2010). Sorg og sorgarbeid. I A. M. Reitan & T. K. R. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie, pasient-utfordring-handling*. (3. Utg., S. 257-268). Oslo: Akribe AS.

\* Tornøe K. A., Danbolt J. E., Kvigne K., Sørli V. (2014) *The power of concoling presence – Hospice nurses' lived experience with spiritual and existential care for the dying*. Lokalisert 12.01.2016 på: <http://bmcnurs.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6955-13-25>

\* WHO. (2016). *WHO Definition of Palliative Care*. Lokalisert 14.01.2016 på: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>

\* WHO. (2016). Cancer. Lokalisert 13.02.2016 på: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/>

## Vedlegg 1: Søkeprosess

Vi brukte PubMed, der satte vi inn mesh-termene spiritual, existential, care. Fikk da opp 266 resultater. Videre avgrenset vi ved å skrive inn nurse i søkemotoren, avgrenset så årstallet på artiklene med kun 5 år tilbake og trykket på full tekst, resultatet ble da 27 artikler. Gikk inn på den tiende linken som heter ”The power of consoling presence - hospice nurses’ lived experience with spiritual and existential care for the dying”. Da vi trykket på linken, kom vi inn på et sammendrag av studien, hvor vi videre trykket på full tekst ved helsebiblioteket.

Vi gikk på PubMed, søkte med mesh-termene Palliative care, Death, Anxiety. Fikk opp 341 artikler. Avgrenset artiklene til 5 år tilbake. Endte med 131 artikler, vi valgte artikkel 79 med navn ”Perceptions of two therapeutic approaches for palliative care patients experiencing death anxiety”. Kom til sammendrag av artikkelen, og trykket på fulltekst for å få opp hele artikkelen.

Lette gjennom bunken med forskningshefter fra sykepleien.no, og fant i forskningshefte nr. 3 fra 2013 en artikkel med navn ”Smertekartlegging og medikamentell smertebehandling av eldre pasienter i sykehjem”. Søkte dermed på sykepleien.no for å finne artikkelen med en link, kom da inn på sammendraget av forskningen, og trykket videre på ”PDF 828, 94 kb” for å få opp hele artikkelen.

Søkte gjennom forskning i sykepleien.no, brukte søkeordene død, palliasjon, sykehjem. Kom da inn på et sammendrag av artikkelen, trykket på full tekst i PDF-fil. Kom da inn på artikkelen i forskning nummer 2 fra 2010. Artikkelnavn er ”er sykehjemmet et verdig sted å dø?”.

Ved forskningsartikkelen ”Sykepleiers og studenters kunnskap og holdninger til smerte og smertelindring til voksne” lette vi inne på sykepleien.no. Her inne søkte vi med MeSH-termen Smertelindring. Avgrenset til artikler fra 2015, fikk da opp 8 resultater og valgte nummer 2 på listen.

Gjennom skolens databaser med tilgang hjemmefra søkte vi i PubPsych, MeSH-termene vi brukte var depression og lung cancer. Fikk da 104 resultater, avgrenset til år 2015 og satt

igjen med 6 artikler. Valgte da artikkelen ”Psychological wellness and health-related stigma: a pilot study of an acceptance-focused cognitive behavioural intervention for people with lung cancer” som er nummer to på listen.

Gjennom skolens databaser med tilgang hjemmefra søkte vi i Cinahl med MeSH-termene information, cancer og patient. Vi fikk da opp 17550 søkeresultater, avgrenset ved å trykke på ”cinahl with full text”, ”full text”, ”english”, ”academic journals”, skrev inn utgivelsesdato mellom 2015 og 2016. Fikk da opp 131 resultater, vurderte relevansen til de første 17 artiklene, og fant artikkelen ”Perceived need for information of patients with haematological malignancies: a literature review” som nummer 18 på listen.

## Vedlegg 2: PICO-skjema

Pasient/ populasjon	Intervensjon	Sammenligning	Utfall
Terminalt syke Kreftpasienter Døende pasienter Pasient	Palliativ pleie Smerte Lidelse Symptomer Uhelbredelig sykdom Kreft Angst Sorg Tap Død Informasjon		Smertelindret Slutten på livet Pasientens perspektiv Smertekontroll
Terminally ill Cancer patients Dying patients Patient	Palliative care Pain Suffering Symptoms Incurable disease Cancer Anxiety Sorrow Loss Death Information		Pain relieved End of life Patient perspective Pain management

## Vedlegg 3: Kartleggings skjemaer

Tabell 1: ESAS-skjemaet

Fødselsnr:

Navn:

Dato:  Tidspunkt:

**Hvordan har du det i dag?**

Smerte i ro ingen 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Verst tenkelig

Smerte i bevegelse ingen 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Verst tenkelig

Slapphet ingen 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Verst tenkelig

Kvalme ingen 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Verst tenkelig

Tungpust ingen 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Verst tenkelig

Munntørhet ingen 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Verst tenkelig

Matlyst ingen 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Verst tenkelig

Angst/uro ingen 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Verst tenkelig

Trist/Deprimert ingen 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Verst tenkelig

Alt tatt i betraktning, hvordan har du det i dag?

ingen 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Verst tenkelig

Utfyllt av:

Tabell 1: Bruera mfl. (1991), Kaasa & Loge (2007) i Lorentsen & Grov (2011, s. 413).

Tabell 2: ECOG funksjonsstatus

<b>FUNKSJONSnivÅ</b>	
<b>0</b>	Normal aktivitet
<b>1</b>	Redusert aktivitetsnivå, men oppgående og selvhjulpen
<b>2</b>	Delvis sengeliggende, men mindre enn 50 % av dagtid
<b>3</b>	Sengeliggende mer enn 50 % av dagtid
<b>4</b>	Helt sengeliggende og avhengig av pleie

Tabell 2: Oken mfl. (1982) i Lorentsen & Grov (2011, s. 427).