

Bacheloroppgave i sykepleie

”Hvordan kan sykepleieren lindre kvalme hos kreftpasienter med kort forventet levetid, ved hjelp av ikke-medikamentelle tiltak?”

Emnekode: SYKHB008

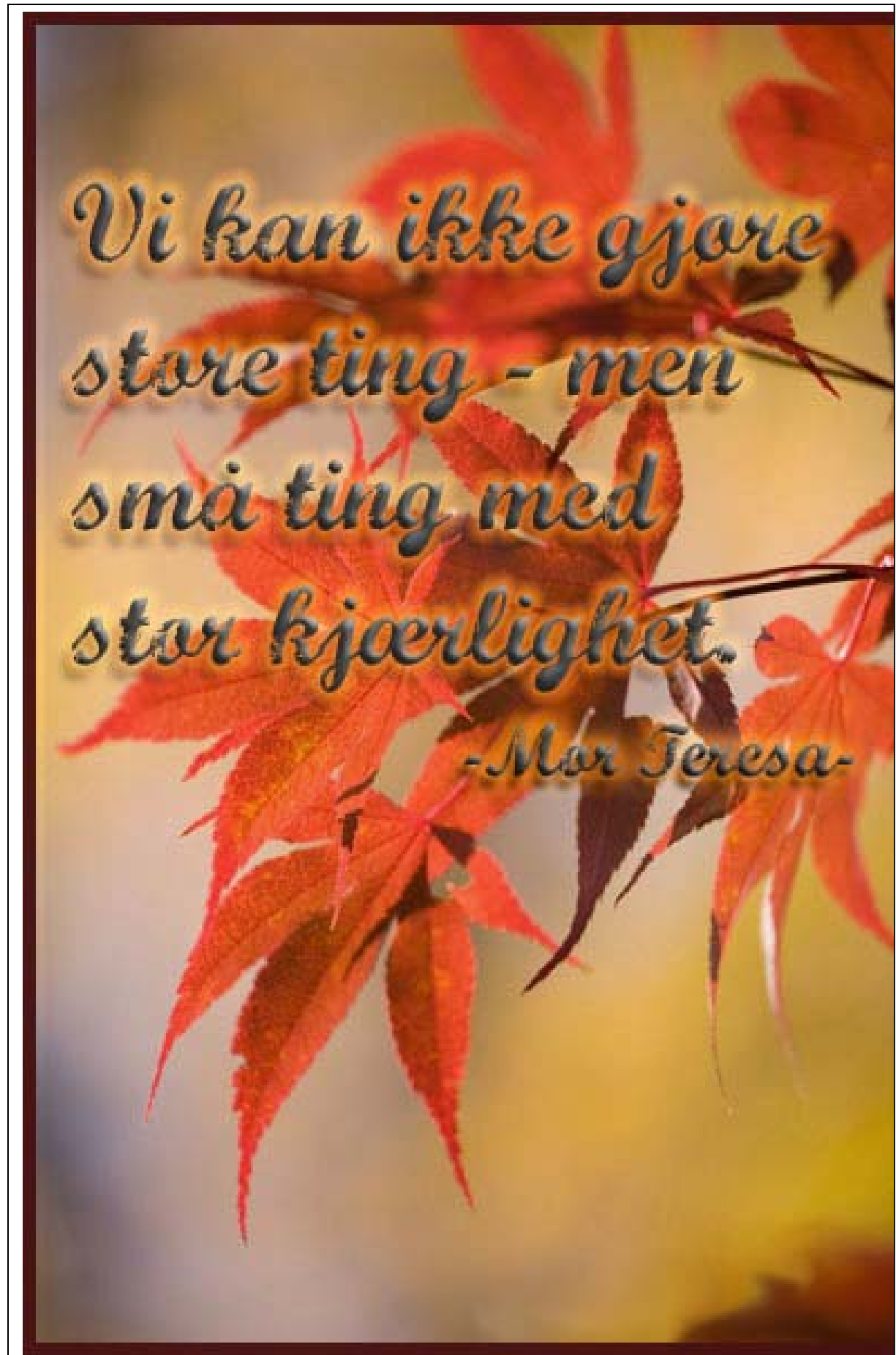
Kandidatnummer: 10, 21, 59

Antall ord i oppgaven: 10 901

Høgskolen Stord/Haugesund

Avd. Haugesund

Mars 2008



Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning	4
1.1 Bakgrunn for valg av tema	4
1.2 Presentasjon av problemstillingen.....	4
1.3 Avgrensing og presisering av problemstilling	4
1.4 Formålet med oppgaven	6
2.0 Metode	7
2.1 Metodedrøfting.....	7
2.1.1 Etske aspekter ved gjennomføring av prosjektet	7
2.1.2 Relevans og pålitelighet	8
2.2 Innsamling av data	8
2.2.1 Fagfellevurdering	10
3.0 Teoridel	11
3.1 Definisjon og avklaring av begreper i problemstillingen.....	11
3.2 Sykepleieteori.....	13
3.3 Opplevelse av kvalme	14
3.4 Årsaker til kvalme	15
3.4.1 Medisinsk behandling	16
3.4.2 Psykososiale forhold	17
3.5 Kvalmelindring uten medikamenter.....	18
3.6 Lindrende sykepleie	20
3.7 Møtet med den alvorlig syke.....	22
3.7.1 Etikk og empati	23
4. 0 Drøfting	24
4.1 Sykepleierens møte med pasienten	24
4.2 Hva kan sykepleieren gjøre?	25
4.3 Livskvalitet.....	29
5.0 Konklusjon:.....	32
6.0 Litteraturliste.....	34
7.0 Vedlegg	38

1.0 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Alvorlig syke pasienter med kort forventet levetid, plages ofte med kvalme og oppkast. 40-70% av alle pasienter med langtkommen kreft opplever dette. Pasientens og pårørendes livskvalitet og evne til å håndtere situasjonen kan bli sterkt preget av at pasienten opplever kvalme og eventuelt oppkast (Jordhøy m.fl., 2006).

Etter å ha lest og sett i praksis hvor hemmende det kan oppleves for en pasient å være kvalm, og/eller være plaget med oppkast i tillegg til en alvorlig sykdom, har dette vært et tema som har opptatt oss. Vi har observert at i forhold til de studentoppgaver som vi har tilgang til, ser det ut som at temaet vi har valgt er blitt lite belyst. De fleste mennesker har i varierende grad opplevd kvalme. Vi kan dermed til en viss grad forstå hvordan dette hemmer pasienten og påvirker livskvaliteten. Svært mange pasienter er plaget med dette, og vi vil derfor sette oss bedre inn i hvordan vi kan tilby pasienten best mulig sykepleie, med mål om å lindre kvalme, og dermed bidra til en større grad av livskvalitet i den siste delen av pasientens liv.

1.2 Presentasjon av problemstillingen

”Hvordan kan sykepleieren lindre kvalme hos kreftpasienter med kort forventet levetid, ved hjelp av ikke-medikamentelle tiltak?”

1.3 Avgrensning og presisering av problemstilling

I første omgang ønsket vi å belyse temaet kvalme og obstipasjon som reduserer den sykes livskvalitet i den siste levetiden. Med hensyn til oppgavens størrelse har vi valgt å begrense tema og problemstilling til å omhandle kvalme i siste fase av livet, med et klart fokus på sykepleie. Vi vil i hovedsak rette oss mot pasienter med langt kommet kreftsykdom, og som man går ut i fra har kort tid igjen å leve. For å presisere problemområdet ytterligere, konsentrerer vi oss om den ikke-medikamentelle delen av den lindrende sykepleien. Ved å ikke bevege oss inn på den medikamentelle behandlingen, mener vi at vi lettere kan fokusere på sykepleien, fremfor det medisinfaglige. I tillegg tror vi at sykepleiere i mange tilfeller kan lindre ubehag uten medikamenter, ved hjelp av sin kompetanse og nærhet til pasienten. Dette

vil vi sette fokus på i oppgaven. Til tross for vårt ikke-medikamentelle fokus, er vi klare på at kvalmestillende medikamenter er av stor betydning i mange tilfeller, og at de kan hjelpe mange. Vi mener derfor at de ikke-medikamentelle tiltakene kan benyttes som et supplement til den medikamentelle behandlingen, og at dette bør vurderes i hvert enkelt tilfelle.

Vår oppgave omhandler altså bl.a. de ikke-medikamentelle tiltakene sykepleier kan sette i gang for å redusere kvalme hos mennesker med livstruende sykdom. De medisinske årsakene til kvalme, mener vi likevel er viktige å vise til. Sykepleiere kan nemlig møte kreftpasienter under ulik medisinsk behandling nært sagt uansett arbeidssted. I tillegg mener vi at man alltid må tenke gjennom om kvalmen kan ha utspring i pasientens medikamenter, og eventuelt samtale med lege som kan endre medikasjonen, eller sette i gang tiltak i forhold til dette.

Vi vil se på sykepleierens lindrende funksjon, og hvordan en kan utøve sykepleie med utgangspunkt i grunnleggende kunnskaper om hvilke faktorer som kan spille inn når kvalme oppstår. Sykepleien kan i utgangspunktet utføres uavhengig av hvor pasienten befinner seg (f. eks. sykehus, sykehjem eller hjemmet). Av de som ble rammet av kreft i Norge året 2006 var henholdsvis 85 % av mennene og 75 % av kvinnene over 55 år (Kreftregisteret, 2007). Ut i fra disse opplysningene har vi valgt å ha hovedfokus på pasientgruppen over 55 år.

Gjennom oppgaven vil oppkast bli nevnt flere ganger når vi omtaler kvalme. Vi mener at kvalme og oppkast har en naturlig sammenheng, fordi kvalme mange ganger kan føre til at man kaster opp. Markussen (2005) forklarer dette ved at kvalme kan oppstå plutselig, og komme samtidig med brekninger og oppkast. Men kvalme kan også vare over lengre tid uten at den ledsages av brekninger og oppkast. Vi vil med utgangspunkt i dette presisere at vi ved hjelp av ikke-medikamentelle tiltak ønsker å lindre kvalme, og dermed også forhindre oppkast. Vi vil også lindre kvalme som ikke fører til oppkast, men tar ikke i denne oppgaven sikte på å forhindre oppkast som ikke har sitt utspring i kvalme.

1.4 Formålet med oppgaven

Gjennom denne fordypningsoppgaven ønsker vi å belyse et område som vi interesserer oss for, og som vi mener er viktig. Vi har alle erfart omgang med alvorlig syke mennesker. Både fra vår praksis som sykepleierstudenter i sykehus og kommunehelsetjenesten, og gjennom arbeid som helge- og ferievikarer i hjemmesykepleie og sykehjem. I tillegg har vi på ulike måter opplevd å være pårørende til mennesker med alvorlig kreftsykdom, og vet derfor hvor verdifull den siste tiden oppleves for både pasienten og de pårørende. Vi mener at disse erfaringene er relevante når vi forsøker å belyse tema på en helhetlig måte, til tross for at våre erfaringer er begrensede sammenliknet med sykepleiere med mange års arbeidserfaring.

Vi kan se at kvalme er et stort problem hos kreftpasienter, men også andre pasientgrupper plages av forbigående eller vedvarende kvalme. Vi tror at en del av den samme sykepleien kan benyttes også hos disse pasientene. Vi håper å kunne nyttiggjøre kunnskapen vi tilegner oss gjennom fordypningsoppgaven, og at vi dermed kan bidra til å lindre kvalme, eller i det minste lette ubehaget for kreftpasienter i livets slutfase. Vi vil dra inn kvalmens fysiologi, for å få en forståelse av hva som skjer i kroppen ved kvalme. Vi håper også at en del av disse kunnskapene kan styrke oss i møtet med andre pasientgrupper med kvalmeproblematikk, i vår fremtidige yrkesutøvelse som sykepleiere.

Ved å fordype oss i dette temaet håper vi å kunne lindre ubehag hos mennesker i en vanskelig situasjon. Vi håper på å komme fram til sykepleie som kan bidra til at den siste verdifulle tiden av pasientens liv ivaretas. Dermed håper vi på å kunne hjelpe disse pasientene til å opprettholde eller oppnå en god livskvalitet.

2.0 Metode

2.1 Metodedrøfting

Metode er den framgangsmåten man velger for å få frem bl.a. data og informasjon. Tranøy (1986) definerer metode som: ”En fremgangsmåte for å frembringe kunnskap eller etterprøve påstander som fremsettes med krav om å være sanne, gyldige eller holdbare” (Sitert i Dalland, 2000, s. 71).

I samfunnsvitenskapen skiller en ofte mellom kvantitative og kvalitative metoder. Begge disse metodene har som siktemål at vi bedre skal forstå det samfunnet vi lever i, og hvordan enkeltmennesker, grupper og institusjoner handler innenfor dette. Kort sagt kan en si at de kvantitative metodene tar sikte på å omforme informasjonen til målbare enheter, mens de kvalitative metodene har som mål å fange opp meninger og opplevelser som ikke lar seg tallfeste (Dalland, 2000).

Vi har valgt å bruke kvalitativ (litterær) metode i vår oppgave. Med hensyn til tiden vi har til rådighet for oppgaveskriving, kom vi fram til at kvalitativ metode ville være det riktige for oss. Når vi har gjort dette valget har vi også tatt hensyn til tema og problemstilling, som vi mener egner seg best til et kvalitativt studie. Kvalitativ metode fanger opp det særegne og går i dybden. Den viser mange opplysninger om få undersøkelsesenheter, og et eventuelt intervju er preget av stor fleksibilitet uten faste svaralternativ. Forskeren står her i direkte kontakt med feltet, og kan på en bedre måte formidle helhet og forståelse (Dalland, 2000).

2.1.1 Etske aspekter ved gjennomføring av prosjektet

Når vi skriver denne typen oppgave, må vi forholde oss til etikken rundt den.

Å bruke andres arbeid og ideer som sine egne, kalles plagiering. Når man innhenter informasjon/litteratur i oppgaven, er det viktig å henvise til riktig kilde. Dette gjelder ved bruk av sitering, omskriving og oppsummering (Dalland, 2000). Vi må passe på at vi gjengir kildene i samsvar med retningslinjene for dette. Vi følger derfor Harvard-systemet, som er vanlig å bruke ved bl.a. Høgskolen Stord/Haugesund.

Der en fordel å bruke primære kilder fremfor sekundære. Dette er for å forhindre at man overtar eventuelle feiltolkninger fra forfatteren av sekundærkilden (Dalland, 2000). Ved bruk av sekundære kilder kan forfatteren ha tolket innholdet på sin egen måte eller skrevet det om, slik at det kan bli oppfattet på en annen måte. Vi ønsker å gjengi vår tolkning av det primærkilden forteller, og dermed unngå misforståelser.

I litteraturen vi har brukt, har vi så langt det har latt seg gjøre, brukt primærkilder. I utgangspunktet har vi hatt som hovedregel at kildene vi bruker ikke skal være mer enn ti år gamle. Dette fordi vi ønsker å bruke den mest oppdaterte litteraturen, og unngå å gjengi foreldet informasjon. Innenfor sykepleien kommer det stadig frem nye kunnskaper basert på forskning, som gjør bl.a. at pleietiltak endres. Samtidig velger vi å bruke primærlitteratur som er eldre enn ti år, dersom det ikke har kommet oppdateringer på emnet. Dette fremfor å bruke sekundærlitteratur som er nyere enn ti år. Dette kan man til en viss grad se f. eks. i bruk av sykepleieteori.

2.1.2 Relevans og pålitelighet

Relevans og pålitelighet er to viktige krav som stilles til data, og som avgjør hvilken verdi de har, og hva de kan brukes til. Det er viktig at informasjonen vi innhenter er relevant for vår problemstilling og vårt tema. Vi må hele tiden ha problemstillingen i tankene i søket etter informasjon. En logisk struktur på oppgaven gjør at leseren ser hva vi vil fram til, og at vi klarer å holde på hans oppmerksomhet. Vi må være oppmerksomme på at informasjonen ikke bare skal være relevant, men også pålitelig. Med dette menes at innhenting og bruken av data er gjort på en pålitelig måte (Dalland, 2000). Vi har forsøkt å se dataene i et helhetlig perspektiv, og ikke ta informasjonen ut av sammenhengen den er skrevet i. Også her er grunnen at vi ønsker å unngå misforståelser.

2.2 Innsamling av data

I følge Dalland (2000, s. 48) innebærer begrepet forskning ”... å søke grundig etter klarhet og forståelse i et forhold eller en sammenheng”. God forskning er dermed ikke knyttet til forskerens status, men hvor god klarhet forskningen gir i forhold til den aktuelle sammenhengen (Dalland, 2000).

I bearbeiding av data og informasjon, er det viktig å være strukturerte. Vi har forsøkt å sette oss godt inn i stoffet som er relevant for vår problemstilling. Dette for få en god oversikt over litteraturen som finnes på området, og på den måten kunne velge ut hva som kan være aktuelt å bruke i oppgaven. Når vi begynte med innsamling av litteratur og artikler søkte vi bredt. Etter hvert som problemstillingen ble mer presis, kunne vi søke mer presist.

Vi har brukt en del bøker om vårt valgte tema. Da søkte vi i bibliotekets database. Ord som ble brukt i søket var "kvalme", "palliativ", "lindre", "kreftpasienter", "kreft". Vi fant noen brukbare bøker på skolens bibliotek. Samtidig brukte vi pensum for sykepleieutdanningen som angår temaet vi har valgt. Noen bøker var ikke mulige å få tak i på skolens bibliotek, på grunn av stor pågang innenfor enkelte tema. Derfor brukte vi folkebiblioteket, som bestilte bøker fra andre bibliotek i Norge. Noen bøker har vært spesielt gode, og dekket større deler av vårt tema enn andre. Blant annet har 2007-utgaven av boken "Palliasjon" av Stein Kaasa (redaktør) blitt mye brukt. Siden denne boken er nokså ny, var den vanskelig å få tak i. Med hjelp fra biblioteket fikk vi bestilt den fra et annet bibliotek i landet. Det ble noe ventetid, og vi benyttet oss dermed av den eldre utgaven (fra 1998) i mellomtiden. Disse bøkene tar for seg palliativ behandling og pleie av pasienter med kort forventet levetid og uhelbredelig sykdom. Sentralt står lindring av smerte og plagsomme symptomer, i tillegg til tiltak rettet mot psykososiale problemer. Fra 2007-utgaven ble kapittelet om kvalme og oppkast, skrevet av Jordhøy og Aass spesielt mye brukt. Også boken "Kvalme – en sykepleiefaglig utfordring" skrevet av Kristin Markussen i 2005 har vært nyttig for oss. Den har hjulpet oss til å forstå fenomenet kvalme på et mer grunnleggende nivå. Markussen setter kvalmeproblematikken inn i et sykepleiefaglig fokus. Til slutt ønsker vi å nevne en av våre pensumbøker, "Klinisk sykepleie 1" fra 2001 med redaktør Hallbjørg Almås. Kapittelet om onkologisk sykepleie, skrevet av Valand og Fodstad tar grundig for seg kvalme hos kreftpasienter, og foreslår mange ikke-medikamentelle tiltak i forhold til dette. Denne boken har vi også brukt en del.

I artikkelsøk brukte vi søkemotorene ProQuest, Science Direct, SweMed+ og Ovid. I SweMed+ fant vi artikler som var publisert gjennom Den norske Lægeforening og det danske Ugeskrift for læger. Disse har blitt brukt i oppgaven. Atrikkelen "Kvalme oppkast og obstipasjon i palliasjonsbehandling" skrevet av Jordhøy m. fl. (2006) var den som passet best til vårt tema, og var den vi brukte mest. Når vi søkte brukte vi ord som: "kvalme", "palliasjon", "terminal fase", "kvalme+ palliativ" "kreft". I ProQuest og Science Direct, som er en internasjonal database, brukte vi ord som "nausea", "palliative

care” ”vomiting”, ”emesis”, ”terminal care”, ”cancer”. Da fant vi flere relaterte artikler der noe informasjon kunne brukes i oppgaven.

Det viste seg at det var vanskelig å finne forskningsartikler som gikk spesifikt på vårt emne. De artiklene vi fant hadde et mer medisinskfaglig enn sykepleiefaglig fokus. Artiklene som omhandlet kvalme hos kreftpasienter i den palliative fasen, dreide seg i stor grad om den medikamentelle behandlingen. Det er altså lite forskning og dokumentasjon å innhente om den ikke medikamentelle kvalmelindringen. Dette ble også bekreftet i retningslinjer for symptomlindrende behandling, utgitt av Norsk forening for palliativ medisin (2007). Når vi søkte i utenlandske søkemotorer, fant vi noen artikler som kanskje kunne vært aktuelle. Men på grunn av tidsaspektet for oppgaven, ble det både tidkrevende og ressurskrevende å hente inn artikler fra f. eks. USA. Dette er også kostbart for biblioteket. På grunn av at vi var svært usikre på om disse kunne brukes, valgte vi å ikke bestille disse.

2.2.1 Fagfellevurdering

Man kan finne faglig, og gjerne forskningsbasert informasjon i ulike tidsskrifter. Her utgis gjerne de nyeste forskningsresultatene i form av vitenskaplige artikler, samtidig som faglige diskusjoner gjerne foregår her. En vitenskaplig artikkel må oppfylle visse krav i forhold til innholdet. Et av kravene er at artikkelen skal ha gjennomgått en fagfellevurdering (peer review). Kort sagt betyr dette at innholdet i artikkelen blir vurdert, og må godkjennes av andre eksperter på det aktuelle fagområdet før det kan publiseres. Kvaliteten og objektiviteten i fagfellevurderingen kan imidlertid variere, og dette er noe man bør være klar over. I noen databaser kan man se hvor stor innflytelse (impact) et tidsskrift har i forskningsmiljøene (Kilvik og Lamøy, 2007).

3.0 Teoridel

3.1 Definisjon og avklaring av begreper i problemstillingen

Kvalme:

Rhodes m.fl.(1984) definerer kvalme som: *”Et subjektivt, ikke-observerbart fenomen av en ubehagelig opplevelse, som oppstår bak i svelget”* (Sitert i Markussen, 2005, s. 22). I Markussens egen definisjon, blir det vektlagt at en pasient som er kvalm i tillegg til en ubehagelig opplevelse også kan få fysiske symptomer. Kvalme blir da definert på følgende måte: *”Kvalme er et symptom som gir ulike grader av ubehagelige fysiologiske og kroppslige reaksjoner som utløses fra det sympatiske nervesystemet”* (Markussen, 2005, s. 23).

I følge Jordhøy og Aass (2007) oppstår kvalme og/ eller oppkast hyppig hos de fleste pasienter med langt kommet kreftsykdom. Ellers ser man at disse symptomene oftest opptrer hos kvinner og hos pasienter med kreft i fordøyelsesorganene eller med metastaser til leveren (Jordhøy og Aass, 2007). Pasientene har ofte et mer komplekst sykdomsbilde som fører til kvalmestimulus gjennom flere ledningsbaner. Dette gjør at symptomene forverres og kan gjøre det vanskeligere å kontrollere kvalme og oppkast hos disse pasientene sammenlignet med andre pasientgrupper (Markussen, 2005).

Kreft:

Kreft er et samlebegrep for forskjellige kreftsykdommer som alle arter seg ulikt. Alle former for kreftsykdom starter med ukontrollert celledeling (Kreftforeningen). Kreft er en av de hyppigste dødsårsakene i Norge etter hjerte- og karsykdommer (Bertelsen, 2000). I 2006 var det i Norge 24 488 tilfeller av kreft. 12 277 av disse var nye tilfeller det året (Kreftregisteret, 2007). Selv om flere og flere blir kurerte som følge av gode behandlingstilbud, er det fortsatt mange som ikke overlever. Man regner med en betydelig økning av krefttilfeller, bl.a. fordi det er flere eldre i befolkningen (Norsk Forening for Palliativ Medisin, 2004)

Det er hovedsakelig eldre mennesker som rammes av denne sykdommen, men den forekommer i alle aldersgrupper (Bertelsen, 2000). De fire vanligste formene for kreft i Norge i 2006 var kreft i prostata, brystkreft, lungekreft og kreft i endetarm (Kreftregisteret, 2007).

Ser vi på hva som er vanligst hos det enkelte kjønn, er kreft i prostata vanligst hos menn, mens brystkreft er den hyppigste kreftformen hos kvinner (Bertelsen, 2000).

Livskvalitet:

Livskvalitet kan defineres som: ”Enkeltindividers bevisst positive og negative, kognitive og følelsesmessige opplevelser” (Mastekaasa m.fl., sitert i Smebye, 1997, side 58).

Livskvalitet har sammenheng med den enkeltes opplevelse av sitt eget liv. Innenfor kreftomsorg er dette flerdimensjonale begrepet sentralt, fordi kreft rammer hele mennesket (Rustøen, 2004).

Sykepleiers lindrende funksjon:

Sykepleier har en lindrende oppgave ovenfor pasienter de er i kontakt med. Ved sykdom, lidelse og død, opplever pasienten og pårørende ofte smerte, oppgitthet og sorg. På grunnlag av faglige observasjoner og vurderinger vil sykepleier iverksette tiltak som er basert på informert samtykke som skal begrense smerter og ubehag hos pasienten og hans nærmeste. Pasienter i en palliativ fase blir vanligvis reknet som medisinsk ferdigbehandlet, selv om de likevel har store lidelser og har behov for sykepleie for å kunne mestre hverdagen. Den lindrende oppgave for sykepleieren vil også omfatte tiltak i forhold til det psykososiale, som kan bidra til å bedre pasientens og pårørende opplevelse av situasjonen de er i (Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet, 2000).

Kort forventet levetid:

Med kort forventet levetid menes som regel mindre enn 6 - 9 måneder (Kaasa og Haugen, 2006). Når vi gjennom problemstillingen retter oss inn mot pasienter som har kort tid igjen å leve, tar vi utgangspunkt i dette tidsperspektivet.

3.2 Sykepleieteori

Florence Nightingale sitt syn på sykepleiefunksjonen er å tilrettelegge forholdene i omgivelsene slik at naturen selv kan virke på mennesket og fremme reparerende og rehabiliterende prosesser. Nightingale var opptatt av det fysiske miljøet, og at sykepleiere må tilrettelegge miljøet rundt pasienten ved å påvirke eller fjerne negative miljøfaktorer (Nightingale 1984, Kristoffersen, 2005).

Pasienten er i en utsatt tilstand hvor han trenger å mobilisere sine ressurser for å bevare og fremme helse. Det blir da viktig å tilrettelegge forhold i miljøet slik at de kan ha en positiv medvirkning til helsefremmende prosesser istedenfor å motvirke dem (Nightingale 1984, Kristoffersen, 2005). Ved å bruke disse redskapene i hverdagen til pasienten, kan pasienten settes i en tilstand hvor naturens egne rehabiliterende krefter best kan virke på pasienten slik at helse fremmes (Kristoffersen, 2005).

Kari Martinsen har en annen teori, som også er aktuell i vår problemstilling. Hun mener at sykepleie er en form for yrkesmessig omsorgsarbeid. Omsorg er en grunnholdning og en generell tilnæringsmåte. Sykepleierens omsorg omfatter personlig engasjement, innlevelse, moralsk skjønn og faglig vurdering. Hun er opptatt av at i her og nå situasjoner så er målet å gjøre det så godt som mulig for pasienten (Kristoffersen, 2005).

Martinsen mener at ved å ta i bruk enkle redskaper i dagligdagse situasjoner utføres sykepleien på en måte som fremmer pasientens opplevelse av anerkjennelse. Sykepleien utøves med utgangspunkt i forståelse for hva pasienten trenger, og forutsetter at sykepleierens engasjerer seg i hans situasjon (Kristoffersen, 2005). Martinsen mener enhver situasjon blir unik på grunn av dens omgivelser og at den er kontekstavhengig. Det går an å sette foreløpige mål, men disse må ofte endres underveis. Pasientens situasjon er utgangspunktet. Da blir også omsorg et mål i seg selv. Martinsen mener ikke at det er et mål at pasienten skal bli selvhjulpel eller uavhengig, men å opprette et visst funksjonsnivå eller unngå forverring. Videre mener hun at omsorgen har en praktisk og en moralsk side. Med den praktiske siden mener hun at det ikke bare er en grunnholdning, men også i stor grad en praktisk handling. Omsorgen og hjelpen blir grunnlagt ut i fra tilstanden til pasienten, og de konkrete handlingene vokser fram av den situasjonen vedkommende befinner seg i. I tillegg til

kunnskap sykepleier har om pasientens situasjon som medmenneske, har en også fagkunnskap som utruker sykepleieren til å sørge for den andre på en god omsorgsfull og hensiktsmessig måte. Da tenker en på å lindre smerten, stelle kroppen, sørge for god liggestilling og gi mat og drikke. Omsorgen tilrettelegges og gjennomføres på en måte som gjør at pasienten opplever anerkjennelse og ikke umyndiggjøring. Informasjon må bli formidlet på en måte som pasienten forstår (Martinsen 2003, Kristoffersen, 2005).

Omsorgen har også en moralsk side. Martinsen mener at det moralske består i å være i en bevegelse fra seg selv til den andre, for å handle til den andres beste. Hun sier at enhver sykepleiesituasjon er av moralsk karakter, fordi sykepleieren står ovenfor den moralske utfordringen om å handle godt og riktig, til det beste for pasienten (Kristoffersen, 2005). Kunnskapen læres ut ifra en felles forståelse av hva som er gode og riktige handlingsmåter i konkrete situasjoner. Moral er klokskap som utvikles gjennom våre erfaringer og sammen med andre sykepleiere i sykepleierfellesskapet (Martinsen 2003, Kristoffersen 2005).

3.3 Opplevelse av kvalme

Alle mennesker har sin individuelle oppfatning av hva kvalme er. Noen mennesker har en oppfatning av dette som et samlebegrep for kvalme, brekninger og oppkast. Andre skiller mellom disse begrepene (Markussen, 2005). Nær sagt alle mennesker har opplevd å være kvalm og å kaste opp. I mange tilfeller er dette utløst av mer eller mindre naturlig påvirkning, for eksempel graviditet, ubehagelig lukt eller smak, bil- eller båtreiser, alkohol eller sykdom (Bjørge, 2004). Dermed har de fleste en forutsetning for å kunne sette seg inn i hvor hemmende en pasient som hyppig er plaget med kvalme opplever dette.

Å være plaget med kvalme over tid, kan føre til fysisk, psykisk og sosial utmattelse. Dette kan resultere i at pasienten opplever å få sin livskvalitet redusert på grunn av mangel på krefter, nedstemthet og vanskeligheter med å være i sosial omgang. I tillegg kan dette påvirke de pårørendes evne til å håndtere den vanskelige livssituasjonen (Jordhøy og Aass, 2007). Den ubehagelige opplevelsen som kvalme påfører pasienten, kan gi alvorlige følger. Dette kan bl.a. være underernæring, elektrolyttforstyrrelser og væsketap (spesielt ved oppkast) og kraftløshet. Dette kan igjen føre til at pasienten blir oppgitt, og endrer sin selvoppfatning (Valand og Fodstad, 2001).

3.4 Årsaker til kvalme

Strålebehandling, kjemoterapi og opioider er vanlige årsaker til kvalme hos kreftpasienter. Annen medisinsk behandling som kan forårsake kvalme, er bl.a. medikamenter i kategoriene NSAIDs, antibiotika, antiepileptika og antidiabetika. Selv om pasienten har stått på et slikt medikament lenge, kan endringer som oppstår ved alvorlig sykdom gjøre at pasienten opplever nye bivirkninger. Disse endringene kan være vekttap eller endret metabolisme, som gjør at pasienten blir overdosert eller får redusert toleranse. Kvalme er også et viktig symptom på sykdomsrelaterte tilstander som hyperkalsemi, uremi, leversvikt og hjernemetastaser. I tillegg kan obstipasjon være en årsak til kvalme (Jordhøy og Aass, 2007). Hos kreftpasienter er metastaser til lever og hjerne i en del tilfeller årsak til sterk og langvarig kvalme (Bjørøgo, 2004). Hos mennesker med kort forventet levetid er uro, engstelse, depresjon, irritasjon i slimhinnene, øsofagusrefluks, mekanisk ileus, motilitet, metabolsk ubalanse (hyperkalsemi, hyponatremi, levermetastaser), mikrober (lokal irritasjon som for eksempel øsofagitt, *helicobacter pylori*), og forhøyet intrakranielt trykk mulige årsaker til at kvalme oppstår (Markussen 2005).

Kvalme og oppkast er kroppens forsvarsmekanismer mot giftige stoffer. Ved hjelp av oppkast fjernes giftstoffene fra magesekken, og dermed reduseres absorpsjonen av skadelige stoffer via mage-tarm-kanalen (Jordhøy og Aass, 2007). Ved hjelp av ulike ledningsbaner, registrerer kroppen kvalme. Disse ledningsbanene kan i hovedsak deles inn i fire områder: mage-tarm-kanalen, kjemoreseptortriggersonen i hjernen, de høyere hjernesentrene og labyrinten i det indre øret. Slimhinnene i mage-tarmkanalen reagerer på giftstoffer som f. eks. medikamenter eller bedervet mat. Overutstrekning av magesekken eller tolvfingertarmen fører til bevegesendringer som kan gi kvalme, som for eksempel ved obstipasjon. Dersom giftstoffet blir injisert, vil det svært raskt registreres i kjemoreseptortriggersonen, som reagerer på giftstoffer i blodet. Dette ser vi for eksempel ved intravenøs cytostatika (Markussen, 2005). Når toksiner registreres i mage-tarm-kanalen, er kvalme og oppkast rasjonelle tiltak for å bli kvitt giftstoffene. Men når cytostatika blir injisert, spres toksinene med blodet rundt i hele kroppen. Kroppen kan derfor ikke kvitte seg med disse stoffene ved hjelp av oppkast, og kvalme som forsvarsmekanisme har dermed ingen hensikt. Likevel blir pasienten ofte kvalm. Det er grunn til å tro at kvalmen i dette tilfellet fungerer som en varselampe, som skal hjelpe oss til å huske hvilke stoffer som tidligere har gjort at vi blir kvalme og uvel. Dette kan hindre oss i å ta til oss disse stoffene igjen (Bjørøgo, 2004).

Kvalme kan ha andre årsaker enn giftstoffer. Det er da snakk om faktorer som påvirker høyere hjernesentre eller i labyrinten i det indre øret. Forskjellige inntrykk som tanker, følelser, syn og lukt kan påvirke de høyere hjernesentre. Brekningscenteret mottar da impulser som fremkaller oppkast. Forventningskvalme oppstår på denne måten. Ved bevegelse kan ørets labyrintsanser bli forstyrret, og dermed oppstår kvalme. Dette kalles *vestibulær kvalme*, og eksempel på denne type kvalme er reisesyke (Markussen, 2005).

3.4.1 Medisinsk behandling

I den palliative behandlingen kan pasienten få cytostatika- og strålebehandling. Dette hemmer celledeling, kan redusere og forebygge symptomer, og dermed øke livskvaliteten. Et eksempel på dette kan være at pasienten har en svulst som ligger i nærheten av sentrale luftveier. Dersom svulsten får vokse kan den klemme av luftveiene og føre til problemer med tung pust (Aass, Bjordal og Nordøy, 2007).

Kvalme er en hyppig bivirkning ved cytostatikabehandling. I mange tilfeller oppstår kvalme som følge av opphoping av døde celler i organismen. Strålebehandling som er rettet mot magesekken eller tarmene medfører gjerne kvalme og oppkast. De som er mest utsatte for kvalme ved denne type behandling, er pasienter under 40 år. Man er også ekstra utsatt dersom man har vært mye plaget med kvalme under svangerskap, har lett for å bli sjøsyk, eller dersom man har blitt kvalm av tidligere cytostatika- eller strålebehandling (Varre, 2004a)

Det er vanlig at terminalt syke pasienter får smertebehandling med opioider, i form av for eksempel morfin (Markussen, 2005). Omtrent $\frac{1}{4}$ av de pasientene som får opioider som smertebehandling, opplever kvalme. Dette er fordi at opioider kan iverksette sentrale kvalmemekanismer (Bjørge, 2004). Noen ganger kan kroppen oppfatte morfin som et giftstoff. Det blir da sendt stimulus fra mage-tarm-kanalen til brekningscenteret. Denne type kvalme utløses ofte ved bevegelse. Opioider har også obstipasjon som en vanlig bivirkning, og som nevnt tidligere kan obstipasjon føre til kvalme (Markussen, 2005).

3.4.2 Psykososiale forhold

Det er flere grunner til at pasienten blir kvalm. Det er ikke bare medikamenter eller sykdom som kan forårsake dette, men også psykologiske forhold kan påvirke utvikling av kvalme og oppkast (Valand og Fodstad, 2001).

Kortikal kvalme er psykisk betinget, og ofte koblet til de psykiske påkjennelsene pasienter i den siste levetiden kan slite med. Årsakene til en slik kvalme er ofte mange og kompliserte, men kan gjerne komme av stress og uro i forhold til familien. Denne kvalmen er ikke ulik forventningskvalme, men har en bredere betydning, og kan ses på som en del av pasientens helhetlige sykdomsbilde. Kortikal kvalme blir lett oversett av sykepleiere (Markussen, 2005).

Forventningskvalme har sammenheng med pasientens assosiasjoner. Pasienten kan da i flere år etter behandlingen bli kvalm ved synet av f. eks. sykehus eller sykehuspersonale, fordi han assosierer dette med kvalmeopplevelsen han hadde under behandlingen (Valand og Fodstad, 2001). Denne typen kvalme regnes for å være en betinget respons. Det kan være pasienter som har fått kvalme og oppkast etter cytostatikabehandling, og forventer dette også ved neste kur. Dette utløses ikke spontant og akutt, men gjerne dagen før pasienten kommer på sykehuset. Tanker og minner om tidligere kvalme utløser på nytt kvalme og vil gi en unødvendig tilleggsbelastning før cytostatikabehandlingen begynner. Forventningskvalme er høyst individuell. Det har blitt identifisert flere ulike årsaker til at forventningskvalme kan oppstå hos pasienter som blir reinnlagt på sykehus. Noen pasienter gjenkjenner leger eller sykepleiere fra tidligere behandling. De kan snakke om eller tenke på behandling med cytostatika. Noen vil reagere når de ser utstyret som behandlingen administreres gjennom. Andre ting som kan forårsake kvalme er lukten av kjemikalier og tanken på eller lukten av enkelte matvarer. Dersom pasienten er sliten før han begynner på en ny behandling kan også dette ha innvirkning. Også lyder og lukter som assosieres med behandlingen kan gi kvalme. Forventningskvalme kan utvikle seg til å bli sterkere over tid. Dette gjelder pasienter som i tillegg har risikofaktorer (akutt leukemi, Hodgins sykdom etc). Risikofaktorene kan forsterke den betingende responsen. Anspenhet kan utløse forventningskvalme hos pasienter i en stressituasjon. Stress frigjør hormoner til blodbanen, som kan utløse kvalmefølelse. Også angst kan gi kvalme på grunn av en økt adrenerg aktivitet, som stimulerer kvalmerefleksjonen (Markussen 2005).

3.5 Kvalmelindring uten medikamenter

I kapittelet om generell onkologisk sykepleie, i boken "Klinisk sykepleie 1" beskriver Valand og Fodstad (2001) en rekke ikke-medikamentelle tiltak som kan iverksettes mot kvalme i forbindelse med cytostatikabehandling. Vi mener at mange av disse tiltakene er aktuelle i generell kvalmelindring. Tiltakene går ut på å sørge for en rolig atmosfære, med en dempet belysning. Dette fordi at for sterke fysiske og psykiske stimuli kan medvirke til at kvalme oppstår. Med tanke på assosiasjonskvalme, bør man så godt det la seg gjøre unngå å sette inn utstyr på pasientens rom som kan assosieres med behandlingen, f. eks. infusjonsstativ. Man må også passe på å fjerne slikt utstyr så snart behandlingen er over. Frisk luft i rommet kan hjelpe, og man bør tilby pasienten munnstell og drops eller tyggegummi. Dersom man forhindrer eller lindrer ansenhet og stress, kan dette også gjøre at man unngår kvalme (Valand og Fodstad, 2001).

Kvåle (2002) foreslår musikk som avspenningsteknikk til pasienter plaget med kvalme. Det finnes avslappende musikk som er spesielt utvalgt til dette. Musikken som brukes, vil med stor sannsynlighet senere kunne framkalle assosiasjonskvalme hos disse pasientene. Man bør derfor vurdere om det er lurt å bruke musikk som ofte høres, eller pasientens favorittmusikk. Noen pasienter har nytte av avspenningsteknikker som autogen eller terapeutisk trening, eller visualisering. Markussen (2005) sier at fysisk aktivitet er med på å redusere stresshormoner i blodet og dermed også kvalmefølelsen. Et enkelt tiltak som en kald klut på pannen kan hjelpe, og fjerning av oppkastsekret umiddelbart etter at pasienten har kastet opp er viktig. Også akupunktur har også vært prøvd, og funnet nyttig i behandling av kvalme (Varre, 2004b). I følge retningslinjer for symptomlindrende behandling (Norsk Forening for Palliativ Medisin, 2007) er akupunktur det eneste ikke-medikamentelle tiltaket som har hatt dokumentert effekt ved kvalme forårsaket av kjemoterapi.

Kvalme og oppkast er energikrevende, og kan gjøre ernæringen til et problem for pasienten. Mange kommer inn i en negativ sirkel når de etter hvert opplever mat som motbydelig (Varre, 2004a). Vi finner forslag til kostråd ved kvalme og oppkast hos Kvåle (2002). Man bør unngå fet mat og mat med mye lukt. Stekt mat og sterkt krydret mat bør også unngås. Pasienter som får cytostatikabehandling, bør spise lett kost dagen før behandling. Under behandlingen tåler de dårlig søt mat. Tilby for eksempel te, kjeks og ristet brød. Dersom kvalme pasienter blir servert sine livretter, kan dette senere bli assosiert med kvalme (Valand og Fodstad, 2001). I

følge Kvåle (2002) bør pasienten passe på å få i seg ca to liter klar væske hver dag. Dette kan f. eks være isvann med litt sitron, Farris, svak te eller eplemost. Også her legges det vekt på at det man spiser bør være tørr mat, som for eksempel kjeks, ristet brød eller kavring. Eksempel på mager mat er fisk, rent kjøtt, frukt og grønnsaker. Det anbefales å spise små måltider, og gjerne hvile etter at man har spist. For å unngå at pasienten mister matlyst under tilbreiding av mat, kan han få maten servert. Kvåle legger også vekt på at sykepleierne må være fleksible, og at pasienten må få servert mat når han ønsker det, uansett tid på døgnet. I tillegg er det viktig at sykepleieren oppmuntrer til inntak av mat og drikke, uten å utøve press (Kvåle, 2002). Pasienter som sliter med kvalme og oppkast bør veies to ganger i uken, for å følge med på et eventuelt vekttap. I tillegg anbefales tilrettelegging av måltidssituasjonen med frisk luft og hyggelige omgivelser, for å stimulere matlysten (Varre, 2004a). Hos pasienter som sliter med cytostatikainduisert kvalme, kan det bli nødvendig å måle hvor mye pasienten spiser og drikker, for å holde oversikten. Dette for å hindre at pasienten kommer inn i en ond sirkel med redusert matlyst, stigende kvalme, stort vekttap og nedsatt almenntilstand (Varre, 2004b). Det er viktig at feil i væske- og elektrolyttbalansen blir korrigert, fordi dehydrering eller hyperkalsemi kan være medvirkende årsaker til kvalme og oppkast (Bjørø, 2004). For at pasienten skal få dekket næringsbehovet kan ønskekost og en kostliste laget av ernæringssterapeut være til hjelp. Det vil være med å sikre tilpasset mat med karbohydrater, proteiner, vitaminer og fett. En god munnhygiene kan være med på å redusere kvalme opplevelsen. Pasientens tilstand har en avgjørende faktor for å få gjennomført munnstellet, og må alltid vurderes individuelt (Markussen 2005).

Sittestillingen er viktig når pasienten spiser, han bør da sitte med overkroppen godt oppreist og stødig ryggstøtte. Da bli diafragma rettet ut, og eventuelle brekninger kan vanskeliggjøres fordi pasienten får puste fritt og det er fri passasje fra spiserør til magesekken (Markussen 2005). Ved å begrense mengden drikke til måltidet, reduserer man volumet på måltidet, slik at pasienten gjerne får i seg mer mat. Pasienten bør heller drikke mellom måltidene. På grunn av at varm mat har sterkere lukt som kan gi kvalme, foretrekker mange kald mat. Når kvalmen oppstår i forbindelse med inntak av medisiner eller behandling, eller til visse tider på døgnet, bør måltidene reguleres etter gunstige tider for matinntak i forhold til dette (Bjerkreim, 2005).

I de siste årene har det blitt tatt i bruk et skjema som skal registrere opplysninger om hvordan pasienten opplever sin situasjon. Skjemaet kalles ESAS, og inneholder ulike skalaer hvor pasienten beskriver graden av ubehag på ulike områder. Kvalme er et av disse områdene.

Det er to skjemaer som brukes, hvor det ene er dagsregistrering og den andre en 14 dagers registrering. Skjemaet er blitt et godt og gyldig redskap for registrering av symptomer innenfor palliasjon. Den er med på å gi et godt utgangspunkt for kommunikasjon og kartlegging av symptomene, men dette vil kreve en nærmere utredning (Norsk Forening for Palliativ Medisin, 2007) (Se vedlegg (www.palliasjon.no)).

3.6 Lindrende sykepleie

Når alvorlig syke pasienter ikke lenger kan motta helbredende behandling, vil de i mange tilfeller motta lindrende behandling og pleie. Dette blir også kalt palliasjon, og sykepleieren skal da gi lindrende sykepleie. Palliasjon blir det nærmeste vi på norsk kommer en oversettelse av begrepet ”palliative care” som omfatter både pleie, omsorg og behandling (Kaasa, 2007). Dermed ser vi det slik at palliasjon er et begrep som dekker bl.a. den lindrende sykepleien.

Verdens helseorganisasjon (WHO) definerer palliasjon på følgende måte:

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

- *Provides relief from pain and other distressing symptoms;*
- *Affirms life and regards dying as a normal process;*
- *Intends neither to hasten or postpone death;*
- *Integrates the psychological and spiritual aspects of patients care;*
- *offers a support system to help patients live as actively as possible until death;*
- *offers a support system to help the family cope during the patients illness and in their own bereavement(...)” (Verdens helseorganisasjon, WHO)*

Den lindrende behandlingen og pleien skal fokusere på livet, og se døden som en normal prosess. Døden skal verken framskyndes eller utsettes. Man skal tilstrebe smertelindring og lindring av andre symptomer som er plagsomme for pasienten. Psykologiske og eksistensielle aspekter skal integreres i omsorgen for pasienten, og man skal tilstrebe at pasientene lever så

aktivt som mulig i den siste tiden, gjennom å tilby et støttesystem. Pårørende må også få hjelp og støtte under pasientens sykdom, og til å mestre sin sorg (Solheim, 1998).

Hovedmålet med palliasjon er å opprettholde eller bedre pasientens livskvalitet, og har ikke som hovedfokus å kurere. Etter mislykket kurativ behandling vil pasienten gå over i livsforlengende eller palliativ fase. Livsforlengende behandling kommer i overgangen mellom kurativ og palliativ behandling. En behandling som gis for å forlenge livet kan ha mange bivirkninger. Forventet effekt (livsforlengelse) må da veies opp mot det eventuelle tapet av livskvalitet som oppstår på grunn av bivirkninger (Kaasa, 2007). Det er vanlig at pasienter med langtkommet sykdom har mange plager. Palliasjon kjennetegnes som lindring av smerter og andre plagsomme symptomer. De som står sentralt er fysiske, psykiske, sosiale og åndelige/eksistensielle forhold. Pasienten og familien trenger hjelp fra flere yrkesgrupper. Lege og sykepleier vil være de mest sentrale, men også prest, fysioterapeut, sosionom, ernæringsfysiolog, ergoterapeut og psykolog kan alle være med på å gi god behandling i fellesskap (Kaasa, 2007). En grunnleggende palliasjon ivaretar kartlegging av symptomer og plager (ESAS –se vedlegg), symptomlindring, informasjon, pårørende, terminal pleie, sorgarbeid og oppfølging av etterlatte og dokumentasjon og kommunikasjon mellom aktørene. Målet med palliasjon er å gi pasienten og de pårørende best mulig livskvalitet i pasientens siste levetid. Dette kan oppnås gjennom forebygging og lindring av fysiske symptomer, men også med informasjon, samtaler og tiltak rettet mot psykiske, sosiale og åndelige/eksistensielle problemer (Norsk Forening for Palliativ Medisin, 2004).

Den palliative kultur kjennetegnes ved at det gis helhetlig tilnærming til den alvorlige syke og døende pasient og hans/hennes pårørende. En skal ha respekt for pasient, pårørende og medarbeidere, med fokus på pasientens beste. Dette innebærer at pasient og pårørende blir møtt og forstått i forhold til sin situasjon. Det skal være en aktiv og målrettet holdning til forebygging og lindring av symptomer. God planlegging og tilrettelegging skal kunne forutse behov og komplikasjoner som kan komme til å oppstå. Palliativ pleie kan bedres gjennom forskning og fagutvikling, som det er stort behov for på dette området (Norsk Forening for Palliativ Medisin, 2004)

3.7 Møtet med den alvorlig syke

Møtet med den alvorlige syke byr på mange utfordringer. Blant annet kommunikasjon, aktiv lytting og lindrende sykepleie/palliasjon blir viktige områder for sykepleieren.

Kommunikasjon mellom sykepleier og pasient er avhengig av mange faktorer. Samtalen med pasienten eller pårørende kan ha en planlagt målsetning eller en helt åpen konsultasjon sett fra sykepleiers (og annet helsepersonells) side. Et ønsket mål er å fange opp pasientens oppfattelse av sin situasjon her og nå (Wist og Kaasa, 1998). Både kommunikasjon og etikk har en spesiell stilling i palliativ medisin på grunn av de utfordringene som oppstår når et menneske konfronteres med slutten på livet (Husebø & Klaschik, 1998).

Ved målrettede samtaler er det nødvendig å ha tenkt nøye gjennom på forhånd hva en ønsker å si til pasienten. Som en grunnregel bør både behandlende lege og sykepleier være til stede når det er en planlagt samtale. Dette sikrer kontinuitet og riktig bruk av tid for pasient og helsepersonell. Når en skal ha en pasientsamtale vil det kreve rolige omgivelser. Dette gjelder spesielt hos en alvorlig syk pasient. Sykepleiere har selvstendig informasjonsplikt. Hvis pasienten ikke forstår hva legen sier, kan vi forklare. Informasjonen om vanskelige forhold skal aldri foregå i en korridor eller et sykerom med mange pasienter til stede. En god samtale bør holdes privat og på et sted hvor pasienten føler seg vel (Wist og Kaasa, 1998).

Den nærheten som pleie og stell medfører, gir en unik mulighet til pasientkontakt. Gjennom den fysiske berøringen stellet gjerne medfører, kan sykepleieren signalisere trygghet og omsorg (Reitan, 2004). Det er ofte fornuftig å få kunnskap om hvordan pasienten opplever situasjonen her og nå. Dette kan gjøres ved å stille direkte spørsmål både om sykdommen, angst for situasjonen, plager pasienten eventuelt måtte ha og hvordan de oppleves. Uansett hva pasienten sier, må en behandle informasjonen pasienten gir med stor ydmykhet og forståelse. Skal informasjonen som har kommet frem under pleiesituasjonen komme pasienten til gode, må den systematiseres og dokumenteres slik at andre i behandlingsteamet kan dra nytte av den. Kroppsspråket er også en viktig del av samtalen. Føleleser kommer til uttrykk i kroppsspråket og kan stå for hoveddelen i kommunikasjonen (Wist og Kaasa, 1998).

Mye tyder på at det å ha håp er en viktig del av livet. En bør alltid ha drømmer eller håp. Hos pasienter med kort levetid er håp om helbredelse vanskelig. Samtidig kan pasienten ha håp om andre ting. Det kan for eksempel være å møte en bestemt person, eller ønsket om en spesiell

opplevelse. Vi mener at sykepleierne blir viktige støttespillere for pasienten her. De kan være med på å både oppfylle ønsker og hjelpe dem med å flytte sine håp etter hvert som sykdommen utvikler seg. Denne balansegangen kan være svært vanskelig, fordi man enkelte ganger skal både opprettholde god mestring, samtidig som man gir sann informasjon som kan være tøff for pasienten å motta. Samtidig viser flere forskningsresultater at de fleste mennesker med alvorlig sykdom justerer sine forventninger og krav til livet (Wist og Kaasa 1998).

3.7.1 Etikk og empati

Med empati menes *i følelsen*. Alt omkring oss kan framkalle følelser i oss. Dette gjelder også andres følelser. Forholdet mellom sykepleier og pasient får en utvidet betydning når det gjelder empati. Da er sykepleieren den som er empatisk, og har en intensjon om å skape lettelse, lindring og håp. Sykepleieren vil da bruke empatien som en egenskap og en ferdighet som blir brukt i en bestemt situasjon. Dette gjelder spesielt med pasienter som er lidende. Skal en gi optimal pleie og behandling av terminale pasienter, er et naturlig krav evnen til å innta en empatisk holdning (Svarre, 1998).

Det er viktig for sykepleiere å lære om sine personlige sterke og svake sider i omgang med andre mennesker. Da vil en kunne ta hensyn til mangler når man utøver sitt yrke. Uten en etisk holdning er det ikke mulig å jobbe med dødssyke mennesker. Døden har til alle tider vært en utfordring for mennesket. De som til stadig kommer i berøring med døden, vil få en mer bevisst holdning til livet og til det religiøse, etiske og moralske spørsmål (Husebø & Klaschik 1998).

Etikken i palliasjon begrenser seg ikke til det som har med døden å gjøre, fordi etikken alltid kjennetegner en inntrengende vurdering av hverdagslivet. Det handler om pasientens liv som han må forme i den tiden han har igjen. Pårørende står ovenfor en endring av tilværelsen, og kan være usikre hvordan de skal finne seg til rette med sine tanker, følelser og praktiske problemer. Yrkesgrupper som går inn for å ta seg av og behandle alvorlig syke pasienter blir også involvert. Alle blir dermed påvirket av et slikt møte med dødsprosessen og døden, og det kan gjøre dem tilbakeholdne (Husebø & Klaschik 1998).

4. 0 Drøfting

4.1 Sykepleierens møte med pasienten

Kvalme er som kjent et problem hos mange pasienter med alvorlig kreftsykdom. Forskning og faglitteratur omhandler ofte den medikamentelle behandlingen av kvalme. Den ikke-medikamentelle lindringen av kvalme, har vist seg å være mindre vektlagt i faglitteratur og forskning. En kreftsykepleier ved Haukeland sykehus som vi har snakket med, delte vår oppfatning av at sykepleiere bruker lite tid på dette. Denne oppfatningen fikk vi på bakgrunn av observasjoner fra praksisstudier og lesing av aktuell faglitteratur. Ikke-medikamentell kvalmelindring blir lett oversett til fordel for medikamentell kvalmestillende behandling, i følge kreftsykepleieren. Dette blir også bekreftet i retningslinjer for symptomlindrende behandling, som sier at dokumentasjon og studier gjort på ikke-medikamentell kvalmelindring er svært begrenset (Norsk Forening for Palliativ Medisin, 2007).

Sykepleiers personlige ferdigheter og empati er avgjørende for hvordan man greier å sette seg inn i pasientens situasjon (Svarre, 1998). Martinsen er i sin sykepleieteori opptatt av at sykepleiers intensjon skal være at pasienten skal ha det så godt som mulig her og nå. Dette innebærer bl.a. å opprettholde et visst funksjonsnivå, og unngå at situasjonen blir verre. Hun sier også at god omsorg bare kan oppnås dersom sykepleieren engasjerer seg personlig, lever seg inn situasjonen, viser moralsk skjønn og har en god faglig vurderingsevne (Martinsen, 2003, Kristoffersen, 2005).

Det er grunn til å tro at i tillegg til sykdommen og det ubehag som følger med, får pasienten indirekte problemer i tillegg. Det kan være angst, depresjon og forandringer med samvær med familien som plager dem. Hos mange kan det da settes i gang en del åndelige og eksistensielle spørsmål. Eksempel på spørsmål kan være: "Hvorfor skjer dette meg?", "Er det noe liv etter døden?" eller "Hvordan vil mine nærmeste takle min død?". Mange sykepleiere vil si at dette er en stor utfordring når en jobber med lindrende sykepleie til alvorlig syke pasienter, fordi dette kan være vanskelig å forholde seg til. Å bare være til stede tror vi i mange tilfeller er nok for pasienten. Å la pasienten få snakke fritt uten å avbryte han eller komme med egne meninger, men la han søke trøst hos sykepleieren. Vi mener at å vise at en oppriktig bryr seg, er en viktig del av lindrende sykepleie.

Det å vise likeverdighet og innlevelse viser at sykepleieren engasjerer seg personlig. Sykepleieren kan da få en innsikt i pasientens egen opplevelse av sin situasjon. For å kunne forstå pasienten er det viktig å lytte. Da er du der med et konsentrert nærvær, og viser at du er til stede. Siden sykdom er en indre hendelse, og disse subjektive opplevelsene er vanskelige å formidle, så må sykepleierne forklare sitt perspektiv, lytte til pasientens stemme og hans historie for å forstå sykdomsopplevelsen. Det er også viktig å få tak i pasientens håp og ønsker. Håp blir sett på som betydningsfullt for å holde ut gjennom lidelse og plager (Hummelvoll 2004). Vi mener at sykepleiers evne til å leve seg inn i pasientens situasjon kan regnes som en del av den lindrende sykepleien, fordi dette kan være like viktig som de praktiske tiltakene som sykepleieren utfører. Vi tror også at et nært forhold mellom pasient og sykepleier kan bidra til en god kommunikasjon, som vil være til hjelp i utførelsen av all lindrende sykepleie. Sykepleieteoretiker Martinsen vektlegger sykepleierens innlevelsessevne i sin teori. Hun er opptatt av at denne skal virke sammen med sykepleierens faglige kunnskaper, og dermed gi en helhetlig god sykepleie. Hun mener at omsorgen som gis skal være både praktisk og moralsk. Konkrete tiltak skal kombineres med et ønske om å handle godt og riktig til fordel for pasienten (Martinsen, 2003, Kristoffersen, 2005).

4.2 Hva kan sykepleieren gjøre?

Ut i fra egen praksiserfaring ser vi at det i mange tilfeller oppleves som enklere og mer "lettvin" for sykepleiere å gi pasienten kvalmestillende medikamenter, fremfor å ta seg tid til å finne ut hvilke faktorer som kan være årsak til kvalmen, og hvordan pasienten opplever sin situasjon. Dette fikk vi som nevnt også bekreftet i samtale med kreftsykepleier ved Haukeland sykehus. Mange ganger kan årsakene være av den art at de ikke lar seg lindre med medikamenter, eller de kan lindres ved hjelp av andre tiltak. Vi ser på administrasjon av medikamenter som en viktig sykepleieoppgave, samtidig som vi mener at det er viktig å se på andre alternativer i den lindrende sykepleien. Dette kan bl.a. handle om psykologiske forhold eller forhold i omgivelsene. Jordhøy m.fl.(2006) skriver i sin artikkel at god lindring av kvalme er avhengig av både farmakologiske tiltak og generelle pleietiltak.

Pasienten kan oppleve kvalmen som utmattende, dersom han lever med dette over lengre tid. Kvalmen er individuell og oppleves ulikt fra pasient til pasient (Markussen, 2005). Vi mener

derfor at sykepleieren bør sette seg inn i hvordan den enkelte pasient opplever det å være kvalm. Sykepleieren kan på bakgrunn av dette tilrettelegge forholdene slik at han kan få sine ønsker og behov oppfylt, enten han befinner seg i hjemmet eller i institusjon. Dette kan innebære å re opp en seng i stuen hos pasienter som er hjemme, eller sørge for at pasienten har enkel tilgang til TV, radio eller bøker uten å måtte anstrenge seg for mye (Varre, 2004b).

Pasienter som sliter med kvalme og oppkast, eller som er engstelige for at slike problemer kan komme, trenger individuelle sykepleietiltak. Sykepleierne bør prøve å skape tillit, og forsikre om at vi er tilgjengelige for pasientens behov (Varre, 2004b). Vi tror at dette kan bidra til å dempe angsten som kan føre til at forventningskvalme oppstår. Varre (2004b) sier også at ved kvalme foretrekker noen pasienter å være alene med så få stimuli som mulig. Det innebærer kanskje å ligge i senga på et stille og luftig rom. Andre kan derimot finne det godt og betryggende at noen er til stede, enten en sykepleier eller pårørende. Pasienter med moderat kvalme opplever ofte at avledning kan være nyttig. Forslag til avledning kan være besøk av venner eller familie, TV, spill eller samtale. Når pasienten ønsker avledning bør man gi valgmulighet, og i den grad det er mulig bør man tilrettelegge for spesielle ønsker.

I møtet med pasienter i palliasjonsfasen, mener vi at sykepleierens viktigste oppgave er å lindre smerter og ubehag. Lindring av kvalme ser vi på som en viktig del av dette. Dessverre viser det seg at forekomsten av kvalme er mangelfullt dokumentert (Aass, Bjordal og Nordøy, 2007). At dokumentasjonen av kvalme er manglende, mener vi kan ha sammenheng med at fokuset på dette problemet er for lite. Vi har som nevnt også oppdaget at det finnes lite forskning på kvalme, og spesielt de ikke-medikamentelle tiltakene mot dette. Ut fra dette mener vi det er viktig at sykepleierne dokumenterer og videreformidler opplysninger relatert til pasientens kvalme. I tillegg bør man dokumentere hvilke sykepleietiltak som er gjennomført, og effekten av disse.

Ved hjelp av ESAS-skjema kan sykepleier få en bedre oversikt over hvor store plager pasienten har, med bl.a. kvalme. På grunnlag av observasjoner og opplysninger fra pasienten, kan sykepleier sette i gang tiltak for å lindre ubehag. Dette er en del av sykepleierens lindrende oppgaver, i følge Rammeplan og forskrift for sykepleierutdanningen (Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet, 2000). Når pasienten har fylt ut skjema, kan sykepleier også spørre hvordan kvalmen oppleves. Dette gir et innblikk i hvordan pasienten opplever situasjonen her og nå. Under pleie og stell er sykepleier og pasient ofte fysisk nær

hverandre. Dette gir mulighet for sykepleier og pasient til å oppnå god kontakt. Et godt kontaktforhold er avgjørende for at sykepleier skal få opplysninger om pasientens opplevelser (Wist og Kaasa, 1998).

Markussen (2005) sier at hovedfokuset ved kvalmeproblematikk hos pasienter med kort forventet levetid er lindrende sykepleie, og det kreves en helhetlig tankegang. I tillegg legges det vekt på at sykepleier må vurdere både fysiske, psykiske, sosiale og åndelige faktorer som kan forsterke kvalme og oppkast, for å kunne gi kvalmelindring. Under alvorlig sykdom gjennomgår pasienten mange tøffe påkjenninger, som kan føre til anspenhet, angst, uro og nedstemthet. I slike stressituasjoner kan kvalme utløses. Når pasienten gjennomgår situasjoner som tidligere har utløst kvalme, vil han assosiere hendelsene med kvalme. Dette kan føre til at pasienten blir kvalm på grunn av psykologiske faktorer. Ulike avslapningsteknikker og fysisk aktivitet kan være til hjelp i forebyggingen av forventningskvalme (Markussen, 2005). Som nevnt kan kvalmen reduseres ved å forhindre anspenhet og stress. Dette kan innebære terapeutisk berøring, massasje, visualisering og avslappingsøvelser, som kan hjelpe pasienten til å slappe av. Det kan imidlertid være tidkrevende å legge til rette for en slik behandlingsform, og det krever en viss kompetanse hos personalet (Valand og Fodstad, 2001). Etter egen erfaring fra praksis har vi sett at denne formen for sykepleie i liten grad gjennomføres. Som sykepleiestudenter kjenner vi selv på at terapeutisk berøring eller massasje kan oppleves som vanskelig å utføre. I slike situasjoner kjenner man gjerne på egen usikkerhet overfor pasienten og mangel på kompetanse. Dersom man greier å skape et trygt forhold til pasienten og samtidig får trening i å gjennomføre slike tiltak, tror vi at man etter hvert vil kunne utvikle gode ferdigheter i dette, som igjen kan være til god hjelp.

Musikk kan brukes som avslapningsteknikk. Det blir anbefalt å bruke beroligende musikk, men ikke pasientens favorittmusikk eller musikk som høres ofte. Grunnen til dette er at musikken ved senere anledninger med stor sannsynlighet vil framkalle assosiasjonskvalme (Kvåle, 2002). Vi mener at dette spiller en mindre rolle hos pasienter med kort forventet levetid, enn hos pasienter som får kurativ behandling. Dette fordi pasientene med kort levetid gjerne ønsker å få høre musikken de liker best i livets siste fase. Å få høre musikk som de fra før assosierer med noe positivt, mener vi kan bidra til økt livskvalitet. I palliativ sykepleie er et viktig mål at pasienten og pårørende opplever best mulig livskvalitet i siste del av pasientens liv. Å ha de nærmeste pårørende rundt seg kan også være med å bidra til dette.

Pårørende kan være en stor ressurs, som i mange tilfeller er viktig å ivareta, og som kan bidra til at pasienten lettere mestrer situasjonen (Norsk Forening for Palliativ Medisin, 2004).

Nightingale legger i sin teori vekt på at gode omgivelsene rundt pasienten kan virke helsefremmende. En del av sykepleien er å sørge for tilfredsstillende omgivelser.

Pasientgruppen vi omtaler sliter med mye kvalme i hverdagen. Nightingale sin teori om at det fysiske miljøet kan påvirke pasientens situasjon, blir et viktig redskap for sykepleieren. Det fysiske miljøet Nightingale beskriver omhandler bl.a. ventilasjon, varme, lukter, støv og lys (Kristoffersen, 2005). Kvalme kan oppstå på grunn av innestengt luft og høy romtemperatur. Også i sykepleielitteraturen til Varre (2004a og b), Markussen (2005) og Valand og Fodstad (2001) vektlegges frisk luft i rommet som tiltak mot kvalme. Også sterke lukter i form av for eksempel parfyme, røyk og sterkt krydret mat, kan være medvirkende årsaker (Markussen, 2005). Vi mener at sykepleiere bør ta hensyn til pasientens tilstand, og begrense sin bruk av parfyme. Sykepleiere som røyker, kan passe på å ikke gjøre dette den nærmeste tiden før de skal inn på pasientenes rom. Vi mener også at det er viktig at de har muligheten til å spise i et utluftet rom, fordi varme og innestengte rom kan gi uvelhet og kvalme. Det kan være lurt å kartlegge hva pasienten forbinder med kvalme og hva som utløser den. Dette kan man ha en samtale om. På den måten kan en unngå for eksempel lyder og lukter som pasienten assosierer med kvalme.

Bjerkreim (2005) legger vekt på at dersom en pasient grunnet behandling eller sykdom er kvalm og kaster opp over tid, bør sykepleieren prøve å unngå at pasienten blir underernært eller dehydrert. Dette kan unngås ved å se til at pasienten får i seg tilstrekkelig næring og væske. I følge Myskja (2005) synes mange pasienter med kvalme at et sugerør kan gjøre det lettere å få i seg væske. Iskald drikke kan virke lindrende på kvalmen, og noen foretrekker å suge på en isbit. Som nevnt har mange pasienter i den siste tiden vanskelig for å ta til seg næring, og vi mener at man i hvert tilfelle bør vurdere hvor mye det er realistisk at pasienten kan få i seg. I følge en artikkel skrevet av Nordøy m. fl. (2006) er vekt og dekking av næringsbehov mindre viktig hos pasienter som man regner med at har dager eller få uker igjen å leve. Opp i mot 25-30% av kreftpasienter dør av avmagring (Bye, 2004).

I artikkelen "Kvalme, oppkast og obstipasjon i palliasjonsbehandling" er det flere pleietiltak som er blitt beskrevet som viktige. Tiltakene går ut på at disse pasientene trenger ro og hvile, frisk luft i rommet, regelmessig munnstell, tilfredsstillende væsketilførsel, nøytrale små

måltider og unngå stimuli som kan føre til kvalme, dette gjelder også psykiske faktorer (Jordhøy m.fl., 2006). Artikkelen ”Lindring af palliative patienters gastrointestinale symptomer” hentet fra det danske Ugeskrift for læger sier også noe om hvor viktig det er med godt munnstell og tilfredsstillende hydrering. De nevner også at peppermynnteolje tilsatt i væske, frisk ananas, tyggegummi og syrlige drops er gode tiltak for å forebygge munntørrehet (Bække, Meisner og Bentsen, 2007). Munntørrehet kan nemlig forsterke kvalmeproblemet (Markussen, 2005). Noen av disse tiltakene er tidligere beskrevet i vår oppgave, og går igjen i store deler av litteraturen som handler om lindring av kvalme. Ved å utføre disse tiltakene mener vi at man kan hindre uheldige forhold som kan være med på å forsterke opplevelsen av kvalme. Dette er enkle sykepleietiltak som er lette å gjennomføre, og kan være med på å gi en bedre kvalitet på sykepleien, og som kan bidra til å nå målet om god livskvalitet ved livets siste fase.

Kreftpasienter med kort forventet levetid, har sannsynligvis tidligere vært gjennom en cytostatikabehandling som hadde som mål å kurere pasienten. Kunnskaper om hvordan pasienten har reagert på tidligere kurer, og hans respons på eventuelle tiltak som ble satt i gang, kan være til hjelp under en ny behandling med cytostatika. På denne måten kan kvalmebehandlingen forbedres (Valand og Fodstad, 2001).

4.3 Livskvalitet

Vi mener at det overordnede målet med å lindre kvalme hos kreftpasienter med kort levetid, må være å sikre pasientene en best mulig livskvalitet. I følge Rustøen (2004) har sykepleiernes oppgave i denne sammenhengen endret seg. Oppgavene i dag dreier seg like mye om å gjøre det man kan for å forbedre livet til pasienten, og dermed øke livskvaliteten, som å ta vare på pasientens fysiske helse. I følge Aass, Bjordal og Nordøy (2007) gis den lindrende sykepleien til pasienter i palliativ fase for å sikre pasienten minst mulig smerte og ubehag i den tiden han har igjen. I denne fasen fokuserer man gjerne på å sikre pasienten så god livskvalitet som mulig, gjennom å lindre fysisk og psykisk ubehag.

Etter vårt syn er livskvalitet en spesielt viktig faktor hos kreftpasienter som har kort tid igjen å leve, fordi disse pasientene ikke lenger har håp om helbredelse, og derfor heller ikke kan støtte seg til tanken om at dette kommer til å gå over. Vi ser sterkt redusert livskvalitet som

den viktigste følgen av at pasienten er kvalm og kaster opp i den siste tiden. Pasientene som har fått beskjed om at de med stor sannsynlighet kommer til å dø i løpet av kort tid, ønsker i mange tilfeller å tilbringe den siste tiden sammen med familie og venner, eller å bruke tiden de har igjen på andre ting de opplever som givende og verdifullt. Når denne tiden preges av kvalme, i mange tilfeller så sterkt at pasienten fungerer dårlig sosialt, tror vi at livskvaliteten for mange reduseres med dette. Kvalmeproblematikk bør alltid tas alvorlig mener vi. Likevel er vi spesielt opptatt av dette problemet hos pasienter med kort forventet levetid, fordi disse pasientene ofte har mistet alt håp om å bli frisk, og dermed vet at det de gjennomgår ikke er en overgangsfase.

Det blir hevdet at god livskvalitet kan kjennetegnes med følgende fire faktorer: at man er aktiv, har samhørighet med andre mennesker, at selvfølelsen er god og at man har en grunnstemning av glede. Med "aktiv" menes da at man engasjerer seg og finner mening i noe utenfor seg selv. "Samhørighet" vil si at man har nære, personlige og gjensidige forhold til et eller flere andre mennesker. "God selvfølelse" vil si at man føler seg vel som menneske, og opplever å mestre sin tilværelse. "Grunnstemning av glede" innebærer at man opplever å ha et rikt liv, og er åpen for den ytre verden (Rustøen, 2004). Slik vi ser det er det helt naturlig at et eller flere av disse kjennetegnene for livskvalitet vil bli rørt ved hos et menneske med uhelbredelig kreftsykdom. Plagsomme symptomer, som bl.a. kvalme, kan bidra til å redusere livskvaliteten ytterligere. På grunn av at pasienten er kvalm, greier han kanskje ikke å være aktiv og engasjere seg i annet enn dette. Pasienten kjenner gjerne et behov for å hvile, og slippe sanseinntrykk som lyder og lukt. Det blir da vanskeligere å forholde seg til andre mennesker, og er mindre åpen for verden utenfor seg selv. Dette kan gjøre at pasienten opplever å ikke mestre sin situasjon, og har vanskelig for å finne mening med livet.

Eriksen (1977) har beskrevet på en levende måte hvordan kvalmen påvirket henne da hun var under cytostatikabehandling: "Kvalmen var alt, tålte ingen ting, utholdt ingenting. Jeg var som en Pavlos hund med betingede reflekser. Først er kaffe kvalme fordi det orker du ikke å drikke. Så blir te kvalme fordi det er det du drikker i stedet for kaffe når du er kvalm. Hvem har sagt at vann ikke smaker noe? Vann var blanke sykehuskanner, og sykehuskannene var kvalme. Skrittene mine i korridoren, skygger på blank sykehuslinoleum, utsikten over åser, by og fjord var også kvalme." (Sitert i Kvåle, 2002, side 54). Gjennom denne beskrivelsen kan man se hvordan kvalmen påvirker og plager det syke mennesket, og at store deler av pasientens oppmerksomhet rettes mot dette. Det er dermed grunn til å gå ut i fra at mange

pasienter vil oppleve at kvalmen bidrar til å forringe livskvaliteten. Ved å finne årsaken til kvalme hos kreftpasienter med kort forventet levetid, og deretter sette i gang tiltak for å lindre kvalmen, vil man etter vår mening kunne lindre både fysisk og psykisk ubehag. Grunnen til dette mener vi er at den fysiske kvalmen og psykisk ubehag henger tett sammen.

En del av sykepleien kan være å forsøke å forstå pasientens syn på sin situasjon. Når kommunikasjonen er god, kan pasienten lettere åpne seg og snakke om det som uroer han. Da er det flere sentrale egenskaper sykepleier bør ha tilegnet seg. Å vise likeverdighet til pasienten viser at sykepleieren gir av seg selv. Man lever seg inn i hans situasjon, og kan være med på å oppleve pasientens følelsesmessige opplevelse av sin situasjon. På denne måten viser man respekt. For å kunne forstå pasienten er det viktig å lytte. Da er man der med et konsentrert nærvær, og viser at man er til stede. Det er også viktig å få tak i pasientens håp og ønsker. Håp blir sett på som en viktig betydning for å holde ut gjennom lidelse og plager (Hummelvoll 2004). For at en god livskvalitet skal opprettholdes, ser det ut som at det er en viktig forutsetning at pasienten har håp (Rustøen, 2004). Når vi sykepleiere jobber med pasienter i denne gruppen er det viktig å innse at håp ikke er nødvendigvis det samme som et håp om helbredelse. Håp kan være mange forskjellige ting for pasienten. For eksempel at det ikke skal bli så smertefullt på slutten av livet eller en opplevelse om en bestemt begivenhet. For pasientgruppen i vår problemstilling, kan dette dreie seg om håpet om å få lindring for sin kvalme. Vi tror det er viktig at pasientene får vite at sykepleierne tar problemet på alvor, og gjør det de kan. Dette kan bidra til å opprettholde et visst håp om kvalmelindring og forbedret livskvalitet. Å gi falske forhåpninger til pasienten er ikke riktig. Balansegangen mellom sann informasjon og opprettholdelse av god mestring kan være svært vanskelig. For noen pasienter er humor en viktig del av å mestre sin vanskelige situasjon. Men det er viktig at humoren er på den sykes premisser og ikke på hans bekostning (Wist og Kaasa, 1998).

5.0 Konklusjon:

Vi har gjennom denne oppgaven forsøkt å fordype oss i hvordan sykepleieren kan lindre kvalme hos kreftpasienter med kort forventet levetid. Temaet vi valgte å skrive om, viste seg å ha et begrenset fokus i faglitteratur og forskning. Vi har derfor blitt nødt til å lese store mengder litteratur, for å finne mest mulig informasjon om temaet. Tiltross for at forskningen på området er mangelfull, føler vi at vi på grunn av store mengder litteratur har vært i stand til å svare på problemstillingen. Vi er av den oppfatning at den ikke-medikamentelle kvalmelindringen bør få en høyere prioritering innen forskningen.

Det ser ut som at god lindrende sykepleie krever visse egenskaper hos sykepleier. Dette ser vi i litteratur vi har funnet, men også i Martinsens teori, som sier at pasientens tilstand kan bedres gjennom at sykepleieren har evne til å leve seg inn i pasientens situasjon, og samtidig utføre praktiske gjøremål. Herunder kommer også bl.a. kommunikasjon med alvorlig syke pasienter og deres pårørende.

Nightingale vektlegger at omgivelsene kan ha en positiv innvirkning på pasienten. Vi har i litteraturen funnet mye som bekrefter dette. Frisk luft i rommet ser ut til å være betydningsfullt ved lindring av kvalme. Sterkt lys og sterke lukter kan med fordel unngås. Matsituasjonen bør tilrettelegges etter pasientens ønsker, men i litteraturen finner vi mange kostråd som vi mener sykepleieren bør ha kunnskaper om. Forskjellige former for avslapningsteknikker kan virke kvalmelindrende. ESAS-skjema kan være et godt hjelpemiddel for å kartlegge pasientens situasjon, og kan være et redskap for å bedre dokumentasjonen på området, som er mangelfull. Vi tror at ikke-medikamentell kvalmelindring i mange tilfeller ses på som mer tidkrevende enn den medikamentelle. Noen ganger stemmer dette, men i mange tilfeller kan det være enkle tiltak som skal til.

Å forstå hvordan pasienten har det og hvilke ønsker han har mener vi er avgjørende for at pasienten skal få individuelt tilpasset pleie, og dermed få så god ikke-medikamentell kvalmelindring som mulig. Det ser ut som at psykisk ubehag kan føre til kvalme, på samme måte som kvalme kan føre til psykisk ubehag og forringet livskvalitet. For at vi skal kunne jobbe for at pasientens livskvalitet ivaretas, mener vi altså at vi må ta vare på hele mennesket,

og være klar over at den fysiske og det psykiske delen av mennesket kan ha stor innvirkning på hverandre.

Vi mener at dette har vært en nyttig prosess for oss, og at vi har klart å nå målet vårt, om å være bedre forberedt til å møte kreftpasienter med kvalmeproblematikk, spesielt i siste del av livet.

6.0 Litteraturliste

BØKER:

Bertelsen B. I. (2000) **Patologi – menneskets sykdommer**. Gyldendal Norsk Forlag.

Dalland O. (2000) **Metode og oppgaveskriving for studenter**. 3. utgave. Oslo, Gyldendal Norsk Forlag.

Hummelvoll J. K. (2004). **HELT – ikke stykkevis og delt**. 6. utgave. Oslo, Gyldendal Norsk Forlag.

Husebø S, & Klaschik E. (1998) **Palliativ medisin – omsorg ved livets slutt**. Bergen, Eide Forlag.

Kilvik A. og Lamøy L. I (2007) **Litteratursøking i medisin og helsefag**. 2. utgave. Trondheim, Tapir Akademisk Forlag.

Kvåle K. (2002) **Sykepleie til mennesker med kreft**. Oslo, Gyldendal Norsk Forlag.

Markussen K. (2005) **Kvalme – en sykepleiefaglig utfordring**. Bergen, Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke.

Martinsen, K. (2003) **Fra Marx til Løgstrup - om etikk og sanselighet i sykepleien**. Oslo, Universitetsforlaget.

Myskja A. (2005) **Leve med kreft**. Oslo, J. W. Cappelens Forlag AS.

Nightingale F. (1984). **Håndbok i sykepleie**. Oslo, Gyldendal Norsk forlag.

Solheim E. M. (1998) **Om døden**. Oslo, J. M. Stenersens Forlag.

KAPITLER I BØKER:

Aass N., Bjordal K. og Nordøy T. (2007) Systemisk tumorrettet behandling. I: **Palliasjon**. Red: Kaasa S. Side: 457-470. 2. utg. Oslo, Gyldendal Norsk Forlag.

Bjerkreim T. (2005) Væske og ernæring. I: **Grunnleggende sykepleie, bind 2**. Red: Kristoffersen, N. J., Nortvedt F., Skaug E. A. Side: 117-159. Oslo, Gyldendal Norsk Forlag.

Bjørge S. (2004) Kvalme og kvalmebehandling. I: **Kreftsykepleie**. Red: Reitan A. M. og Schjølberg T. K. Side: 132- 138. Oslo, Akribe Forlag.

Bye A. (2004) Ernæring. I: **Kreftsykepleie**. Red: Reitan A. M. og Schjølberg T. K. Side: 156-173. Oslo, Akribe Forlag.

Jordhøy M. S. og Aass N. (2007) Kvalme og oppkast. I: **Palliasjon**. Red: Kaasa S. Side: 471-486. 2. utg. Oslo, Gyldendal Norsk Forlag.

Kaasa S. (2007) Palliativ medisin – en introduksjon. I: **Palliasjon**. Red: Kaasa S. Side: 31-47. 2. utg. Oslo, Gyldendal Norsk Forlag.

Kristoffersen N. J. (2005). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I: **Grunnleggende sykepleie – Bind 4**. Red: Kristoffersen N. J., Nordtvedt F, Skaug E. Side: 13-99. Gyldendal Norsk Forlag As 2005.

Reitan A. M. (2004) Kommunikasjon. I: **Kreftsykepleie**. Red: Reitan A. M. og Schjølberg T. K. Side: 65-83. Oslo, Akribe Forlag.

Rustøen T. (2004) Livskvalitet. I: **Kreftsykepleie**. Red: Reitan A. M. og Schjølberg T. K. Side: 39-46. Oslo, Akribe Forlag.

Smebye K. L. (1997) De eldre i samfunnet. I: **Eldre, aldring og sykepleie**. Red: Karoliussen M. og Smebye K. L. Side: 15-63. 2. utgave. Oslo, Gyldendal Norsk Forlag.

Svarre H. M. (1998) Empati – en operasjonalisering av den empatiske holdning. I: **Palliativ behandling og pleie**. Red: Kaasa S. Side: 95-100. Oslo, Ad Notam Gyldendal.

Valand E. og Fodstad G. (2001) Generell onkologisk sykepleie. I: **Klinisk sykepleie 1**. Red: Almås, H. Side: 247-270. Oslo, Gyldendal Norsk Forlag.

Varre P. (2004a) utfordringer ved strålebehandling. I: **Kreftsykepleie**. Red: Reitan A. M. og Schjølberg T. K. Side: 107-114. Oslo, Akribe Forlag.

Varre P. (2004b) utfordringer ved kjemoterapi. I: **Kreftsykepleie**. Red: Reitan A. M. og Schjølberg T. K. Side: 115-123. Oslo, Akribe Forlag.

Wist E. og Kaasa S. (1998). Å kommunisere med den alvorlig syke pasienten. I: **Palliativ behandling og pleie** Red: Kaasa S. Side: 101- 116. Oslo, Ad Notam Gyldendal

OFFENTLIGE PUBLIKASJONER:

Kirke, utdannings og forskningsdepartementet (2000) **Den nyutdannede sykepleiers handlingskompetanse**. Rammeplan og forskrift, sykepleierutdanning.

TIDSSKRIFTARTIKLER:

Jordhøy M. S. Aass N., Svensen R., Ervik B., Mohr W. (2006) **Kvalme oppkast og obstipasjon i palliasjonsbehandling**. Tidsskrift for Norsk Lægeforening 06; 126:620-3.

Tilgjengelig fra: http://tidsskriftet.no/index.php?seks_id=1347846 [lest: 31.01.08]

Kaasa S. og Haugen D. (2006) **Fagfeltet palliativ medisin**. Tidsskrift for Den Norske Lægeforening 2006; 126:326-8. Tilgjengelig fra:

http://www.tidsskriftet.no/index.php?seks_id=1332724 [Lest: 15.03.08].

Nordøy T., Thoresen L., Kvikstad A. og Svensen R. (2006) **Ernæring og væskebehandling til pasienter med ikke-kurabel kreftsykdom**. Tidsskrift for Den Norske Lægeforening 2006; 126:624-7. Tilgjengelig fra: http://www.tidsskriftet.no/index.php?seks_id=1348539 [Lest: 17.03.08]

Bække J., Meisner S. og Bentsen H. H. (2007) **Lindring af palliative patienters gastrointestinale symptomer**. Ugeskrift for læger 169/44. 29.10.2007. Tilgjengelig fra: http://www.ugeskriftet.dk/portal/page/portal/LAEGERDK/UGESKRIFT_FOR_LAEGER/TI_DLIGERE_NUMRE/2007/UFL_EKCMA_2007_44/UFL_EKCMA_2007_44_51140 [Lest: 31.01.08]

INTERNETTSIDER:

Høgskolen Stord/Haugesund (u.å) **Oppgi kilder, skriv sitater, lage referanseliste**. Tilgjengelig fra: <http://www.hsh.no/biblioteket/studiehjelp/referanseliste.htm#websiteside> [Lest: 19.03.08]

Kreftforeningen (2007) **Hva er kreft?** Tilgjengelig fra: http://www.kreftforeningen.no/om_kreft/hva_er_kreft/hva_er_kreft_2731 [Lest: 12.03.08].



Kreftregisteret (2007) **Cancer in Norway 2006 – Cancer incidence, mortality, survival and prevalence in Norway**. Oslo, Cancer Registry of Norway. Tilgjengelig fra: http://kreftregisteret.no/forekomst_og_overlevelse_2006/CiN2006_web.pdf [Lest: 11.03.08]

Norsk Forening for Palliativ Medisin (2007). **Retningslinjer for symptomlindrende behandling**. Oslo, Norsk Forening for Palliativ Medisin, 2007. Tilgjengelig fra: http://www.palliativmed.org/asset/35441/1/35441_1.pdf [Lest: 14.03.08]

Norsk Forening for Palliativ Medisin (2004). **Standard for palliasjon**. Oslo, Norsk Forening for Palliativ Medisin, Den norske lægeforening, 2004. Tilgjengelig fra: http://www.legeforeningen.no/asset/24405/2/24405_2.doc [Lest 17.03.08]

Verdens Helseorganisasjon, WHO (u. å.) **WHO definition of palliative care**. Tilgjengelig fra: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/> [Lest: 17.03.08]

7.0 Vedlegg

 <p>Det norske radiumhospital HF Montebello, 0310 Oslo Telefon 22 93 40 00</p>  <p>Regionalt kompetansesenter for lindrende behandling, Helse Sør</p>	Pasientidentifikasjon	F2.42									
<h3>Grafisk registrering av ESAS</h3> <p><i>ESAS Edmonton Symptom Assessment Scale</i></p>		Ark nr. År									
Resultater fra ESAS overføres til dette skjema.											
Dato											
Dag i sykehus											
Tidspunkt											
Smerte i ro	10										
	0										
Smerte ved bevegelse	10										
	0										
Slapphet	10										
	0										
Kvalme	10										
	0										
Tung pust	10										
	0										
Munntørret	10										
	0										
Matlyst	10										
	0										
Angst/uro	10										
	0										
Trist/deprimert	10										
	0										
Hvordan har du det i dag?	10										
	0										
Utfylt av PS/PI*											
Signatur											

* PS = Pasient skriftlig PI = Pasient intervju

Dnr HF Foto og grafisk design 11.2004



Det norske radiumhospital HF
Montebello, 0310 Oslo
Telefon 22 93 40 00



Regionalt kompetansesenter for
lindrende behandling, Helse Sor

Pasientidentifikasjon

F2.41

Hvordan har du det i dag?

ESAS Edmonton Symptom Assessment Scale

Ark nr.

År

Smerte – i ro	Ingen	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Verst tenkelig
Smerte ved bevegelse	Ingen	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Verst tenkelig
Slapphet	Ingen	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Verst tenkelig
Kvalme	Ingen	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Verst tenkelig
Tung pust	Ingen	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Verst tenkelig
Munntørighet	Ingen	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Verst tenkelig
Matlyst	Normal	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Verst tenkelig
Angst/uro	Ingen	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Verst tenkelig
Trist/deprimert	Ingen	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Verst tenkelig
Alt tatt i betraktning, hvordan har du det i dag?	Bra	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Verst tenkelig

Utfylt av

Dato (dd, mm, åå)

Klokkeslett (eks. 1730)