



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

# EKSAMENSINNLEVERING

---

Emnenavn: Emne 5

Emnekode:

**SYKSB/SYKHB 3001 - Bacheloroppgave**

Eksamensform: Hjemmeeksamen

Leveringsfrist: 17.02.10

Kandidatnr:35

Antall ord: 8745

*Bacheloroppgave i sykepleie*

*2011*

# *Den siste tiden*



<http://widescreen-landscape-wallpapers.blogspot.com/>

## **Sammendrag**

### **Bakgrunn for valg av tema**

Kreftpasienter i siste fase av livet har ofte stor smerter og det er ikke alltid lett å finne den beste måten å lindre disse smertene på. Smerter kan være der som følge av grunnsykdommen deres, men de kan også komme av andre problemer og plager som kommer i den palliative fase. Omtrent 41 % av alle dødsfall skjer på sykehjem, og der er derfor innlysende at god kompetanse om hva palliativ behandling går ut på og hvordan man kan best benytte seg av disse kunnskapene slik at den syke får sine plager lindret (Husebø & Hesebø 2005).

Verdighet kan være av stor betydning for et menneske. Vi har verdighet i oss, men verdigheten kan trues og likeledes gjenvinnes og legges til rette for. Sykepleier kan gjennom sin omsorg og pleie ha fokus på pasientens verdighet for at han skal kunne oppleve en verdig død.

### **Problemstilling:**

*Hvordan kan sykepleier ved palliativ pleie legge til rette for at den kreftsyke pasienten opplever lindret smerte og et verdig liv?*

### **Metode:**

Elementer fra systematisk litteraturstudie er benyttet.

### **Oppsummering:**

Basert på artikler og annen teori er det flere måter å oppnå god smertelindring på. Felle for de fleste er trygghet, god kompetanse og å bruke tid. Verdighet kan skapes ved godt samarbeid med pårørende, å være lydhør ovenfor pasientens behov og ønsker og ha grunnleggende respekt med å være et medmenneske.

## Summary

### Chosen theme and background:

Cancer patients in their final stage of life often have a lot of pain, and it is not always easy to find the solution to give them the best pain relief. Pain occurs because of their disease but can also occur due to other problems and discomfort they may have in palliative phase.

Approximately 41 % of all deaths in Norway happen in nursing homes and it is obvious that knowledge concerning palliative care is important to the patients care and also so that they can receive pain relief at its best (Husebø & Husebø 2005).

Dignity can be of great importance for a human being. We have dignity in us, but dignity can be threatened and can also be recovered and be encouraged. A nurse can through care and through having a focus on the patients dignity help the patient to be able to experience a dignified death.

### Approach:

*How can a nurse through palliative care facilitate that the cancer patient experiences pain relief and a dignified life?*

### Method:

Elements of systematic study are being used.

### Summary:

Based on articles and other theories, there are several ways to achieve good pain relief on. Common to most is security, good skills and to spend time right. Dignity can be created by good cooperation with relatives, to be responsive to patient needs and wishes and have a basic respect of being a human being.

# Innhold

1.0 Innledning.....	6
1.1. Bakgrunn for valg av tema.....	6
1.2. Oppgavens problemstilling.....	6
1.3. Avgrensing og presisering .....	7
1.4. Oppgavens disposisjon .....	7
2.0. Metodedel .....	8
2.1. Hva er metode.....	8
2.2. Valg av metode til oppgaven.....	8
2.3. Etikk.....	9
2.4. Litteratursøk.....	10
2.4.1. Oppsett over søkeprosessen.....	10
2.5. Bearbeidelse av data .....	10
2.6. Kildekritikk.....	11
2.7. Presentasjon av forskningsartikler .....	11
3.0. Teoridel.....	14
3.1. Palliativ behandling og pleie.....	14
3.2. Kreft.....	15
3.3. Smerte .....	16
3.3.1. Definisjon på smerte .....	16
3.3.2. Smertefysiologi.....	16
3.3.3. Kartlegge smerte .....	17
3.3.4. Lindring av smerte.....	18
3.4. Verdighet og sykepleiers rolle .....	19
3.5. Kommunikasjon .....	20
4.0. Drøftingsdel .....	21
4.1. Smertelindring.....	21

4.2. Verdighet .....	25
5.0. Avslutning .....	28
Litteraturliste:.....	30

## **1.0 Innledning**

### **1.1. Bakgrunn for valg av tema**

Det er omtrent 41 % som dør ved Norske sykehjem årlig og disse tallene vil trolig øke på bakgrunn av demografiske endringer (Husebø & Husebø 2005). Som sykepleier har en et stort ansvar for å tilstrebe at pasientene får det best mulig i tiden deres på sykehjem, også i deres siste fase i livet. Det er en forutsetning at sykepleier innehar gode kunnskaper om hvordan utøve palliativ behandling etter beste evne.

I min praksis ved sykehjem opplevde jeg at to av pasientene som jeg hadde ansvaret for og som var i terminal fase, døde i løpet av praksisperioden. Dette gjorde at jeg fikk utfordringer i forhold til å gi dem best mulig palliativ behandling. Selv om mye allerede lå til rette for dette ved sykehjemmet, så jeg at det var flere elementer som måtte til for å ha en god plan på tiltak ved palliativ behandling. Kreft er en av de vanligste dødsårsakene i Norge og siden vi også blir eldre vil flere også oppleve å få kreft (Folkehelseinstituttet 2008).

Pasientene som jeg hadde ansvar for hadde begge kreft, men forskjellige typer. Felles for dem var smertene de til daglig strevde med. Jeg så hvilke behov det er for tilstrekkelig smertelindring for at deres siste tid kunne bedres.

Videre opplevde jeg viktigheten av pasientenes verdighet. Etikken er rundt oss hele tiden, men det å kunne anvende denne for å legge til rette for verdighet for hver pasient kan ofte bli glemt.

Jeg vil på bakgrunn av min praksis på sykehjem få ny kunnskap og forståelse for smertelindring til kreftsyke pasienter ved sykehjem i deres palliative fase. Jeg vil også se på verdighet og hvordan dette kan legges til rette for den palliative kreftpasienten.

### **1.2. Oppgavens problemstilling**

Min problemstilling skal være dekkende for det jeg velger å belyse i denne oppgaven. Den skal være stor nok for å finne svar, men også snever nok slik at det blir håndterlig å kunne besvare problemstillingen sett opp mot et så stort emne slik palliativ behandling er. Min

problemstilling er: *Hvordan kan sykepleier ved palliativ pleie legge til rette for at den kreftsyke pasienten opplever lindret smerte og et verdig liv?*

### **1.3. Avgrensing og presisering**

Palliativ pleie og omsorg er stort i omfang og kan dreie seg om flere aspekter. Mitt første valg var å greie ut om alle fysiologiske endringer i tillegg til psykiske lidelser pasienten i palliativ fase kan oppleve. Jeg så at dette ville bli for stort og for lite konsist.

På grunn av oppgavens omfang i forhold til antall ord går jeg ikke detaljert inn på de ulike plager og lidelser i palliativ fase, men forholder meg mest til smerte og lindring av smerte.

For å avgrense pasientgruppen, velger jeg ut i fra egenerfaring, pasienter boende i sykehjem. Jeg velger videre å basere oppgaven på de kreftsyke i palliativ fase hvor mitt fokus skal være på smertelindring og verdighet sett opp mot sykepleiers rolle. I teori om kreft skal jeg beskrive generelt om kreft, men ikke gå inn på spesifikk type da jeg mener dette ikke er vesentlig for min oppgave her. Jeg skriver også om kommunikasjon i teorien, dette fordi jeg mener kommunikasjon kan være et verktøy i prosessen med å legge til rette for verdighet for pasienten.

### **1.4. Oppgavens disposisjon**

Jeg velger å dele oppgaven min i 5 kapitler som er innledning, metodedel, teoridel, drøftingsdel og til slutt avslutningen. Metodedelen skal beskrive hva en metode generelt er, og hvilken metode jeg er inspirert av. Videre kommer det informasjon om etikk og om min søkeprosess i forhold til valgte artikler. En presentasjon av valgte artikler kommer også. I teoridelen vil jeg ta for meg hva kreft er, definisjon på palliasjon, og smerte med underpunkter som smertelindring, smertefysiologi og smertekartlegging. Jeg ønsker også å beskrive hva kommunikasjon og verdighet er med fokus på hva sykepleiers rolle.

I drøftingsdelen vil jeg drøfte smertelindring opp mot valgt teori og artikler. Jeg drøfter også verdighet hvor fokuset vil være på hvordan sykepleier kan legge til rette for verdighet for pasienten.



## 2.0. Metodedel

### 2.1. Hva er metode

Metode blir beskrevet av Dalland (2007) som et redskap for å finne svar på noe vi vil undersøke og metoden vi benytter kan hjelpe oss med å samle inn data og informasjon til oppgaven. Han sier videre at en metode kan være måten man går fram på for å finne nye kunnskaper og løsninger på et problem.

To typer metoder som blir brukt er kvantitativ metode og kvalitativ metode. Den *kvalitative* metoden utdyper meninger og opplevelser som ikke er målbare i tall og den går i dybden med mange opplysninger om få undersøkelsesenheter. Den kvalitativ metode kjennetegnes videre med at den får fram det spesielle, mens kvantitativ metode får fram det som er felles.

En *kvantitativ* metode kjennetegnes ved at informasjon blir formet til enheter som kan måles og det er vanlig i kvantitative metoder å vise til gjennomsnitt og prosent i stor mengde. Utgangspunktet kan i kvantitativ metode bli å se på det som er felles fordi større antall eller utvalg blir brukt (Dalland 2007).

Dalland (2007) sier at det som er felles for kvantitativ og kvalitativ metode er at man kan oppnå forståelse av det samfunnet vi lever i fordi metodene kan bidra til det.

### 2.2. Valg av metode til oppgaven

I min oppgave har jeg valgt elementer av en sympatisk litteraturstudie. Forsberg & Wengstrøm (2008) sier at for å kunne utføre en systematisk litteraturstudie må det finnes nok studier som er av god kvalitet og som kan legge noe av grunnlaget for bedømmelser og slutninger. De sier videre at mange kliniske problemstillinger kan bli besvart gjennom systematiske litteraturstudier. Spørsmål en da kan stille seg er; hva fungerer best og hva er effektivt, og videre finnes det vitenskaplig støtte for å kunne anbefale visse behandlingsformer? For å finne svar på min problemstilling benytter jeg meg av empiri, nemlig å dra inn kunnskap og erfaring som jeg har erfart, her i praksis ved sykehjem. Videre har jeg valgt litteratur som både har kvalitativ og kvantitativ metode og som kan gi svar i spesielle og generelle tilfeller (Dalland 2007).

Statens styre for vurdering og medisinsk metode, SBU, har utarbeidet visse kriterier for at en systematisk litteraturstudie skal kunne oppfylles som er: Problemstillinger som er klart formulert. Det er tydelig beskrevne kriterier og metoder for søking og utvalg av artikler. Alle relevante studier er inkludert og studiene er kvalitetsbedømt og svake studier er blitt utelatt. Pasientene i oversikten ligner pasientene i den virksomheten som resultatet skal generaliseres til og alle kliniske viktige konsekvenser har blitt betraktet, men både risiko og kostnader tas med (Forsberg & Wengstrøm 2008).

Jeg velger altså å si at denne oppgaven har elementer av en systematisk litteraturstudie. Jeg bruker relevante studier ved å bruke ulike artikler i tillegg til at jeg benytter bøker som er nyttige i forhold til valgt tema. Jeg bestemmer meg for aktuelle søkeord og jeg analyserer og vurderer innhold. Forsberg & Wengstrøm 2008, sier at for å kunne kalle det for en systematisk litteraturstudie må man foreta en kritisk vurdering og kvalitetsbedømming, og jeg har mine meninger for hva som er relevant og foretar en bedømmelse ut i fra det. Jeg mener at jeg kan benytte elementer av en studie, men vil være forsiktig med å si at det utelukkende er den studien, som i dette tilfellet er systematisk litteratur studie. Det viktige for meg i valg av metode, er at jeg har en klar plan på hva jeg ønsker å fordype meg i og jeg skal ha en spørsmålsformulering som jeg også kan finne svar på.

### **2.3. Etikk**

Dalland (2007) sier at når man jobber med mennesker og forskning kommer etikkens viktige side fram. I denne oppgaven velger jeg emner og litteratur som allerede er forsket på, men jeg er allikevel opptatt av å være etisk bevisst når jeg viser til kilder, jfr. HSH sine retningslinjer. Min erfaring vil komme fram i oppgaven, likeledes ulike forfattere og forskere sine meninger og uttalelser.

Allerede i planleggingsfasen mener Dalland (2007) at man skal bestemme seg for hvem som kan ha nytte av de kunnskaper som kommer fram. Det er ønskelig at min oppgave skal kunne leses og forstås av både de som kjenner til den faglige biten fra før, men det er også ønskelig at oppgaven kan forstås av de som har mindre kunnskap om blant annet palliativ behandling, smertestilling og verdighet.

## 2.4. Litteratursøk

For å kunne starte arbeidet med å finne relevant litteratur var jeg observant på Dalland (2007) sin mening om det å kunne se hva som faktisk er anvendelig fagstoff. Han sier nemlig at det er en utfordring å kunne se hva som er seriøst og kvalitetssikret. Jeg startet derfor mitt søk etter artikler på søkemotorer som er anbefalt av Høyskolen Stord Haugesund.

Etter å ha søkt i diverse søkemotorer endte jeg opp med å benytte Pro Quest, Sve Med+ og Academic search premier. Jeg brukte søkeordene *cancer, palliative care, pain, nursing homes og dignity*. Eksempelvis kom det opp over 1000 treff når jeg kun søkte på cancer, men ved å kombinere cancer med palliative care og nursing homes, fikk jeg 70 treff. Jeg valgte også å benytte 3 søkeord om gangen og var da nede i 5 treff. Etter tips fra bibliotekar fra HSH valgte jeg også å søke på etternavn for å få fram en spesifikk artikkel hun mente jeg burde ha med. Etter å ha søkt etter artikler gjennom nevnte søkemotorer endte jeg på 6 artikler som jeg synes er passende til min problemstilling.

### 2.4.1. Oppsett over søkeprosessen

Søkeord	Søkemotor	Antall treff
Nursing homes and dignity and palliative care	Pub Med	5
Dying and nursing homes and palliative care	Sve Med+	24
Bostrøm and Lundberg and Fridlund	Academic search premier	4
Cancer pain and nursing homes and palliative care	Academic search premier	26
Dignity and elderly people	Pro Quest	63

## 2.5. Bearbeidelse av data

Artiklene jeg ønsket å benytte meg av skulle være av relevans for min problemstilling. Ønsket var å finne forskningsartikler som var tydelige i form av funn, metode og resultat. Noen artikler var vanskelig å forstå og stor grunn til dette var at de ikke var sykepleieforskning. Jeg samlet mange artikler og så på hvilke som kunne gi meg svar i forhold til problemstillingen fra flere ståsted, altså da pasientene selv, fagfolk og pårørende.

## 2.6. Kildekritikk

*Kildekritikk er de metodene som brukes for å fastslå om en kilde er sann* (Dalland 2007, s 66).

En måte å gjøre dette på er å vurdere artikler kritisk. Jeg har prøvd å vise dette gjennom å lese mange artikler av ulik kvalitet og type for å fastslå hva som er aktuelt for meg. Jeg har benyttet artikler som er valide og er godkjent av etisk komité. Dalland (2007) sier validitet er relevans og gyldighet.

Videre har jeg benyttet meg av BIBSYS for å søke etter bøker som kan være nyttige til teori. Et av mine kriterier her har vært og ikke å bruke bøker som er foreldet, det vil si eldre enn 10 år, dette fordi jeg har ønsket forskning som er av nyere dato i min oppgave.

## 2.7. Presentasjon av forskningsartikler

Jeg vil her gi en kort presentasjon av artiklene som jeg har benyttet meg av i denne oppgaven. I drøftingsdelen vil disse valgte artiklene være noe av grunnlaget for min drøfting opp mot beskrevet teori. Artiklene kan leses mer om som vedlegg i oppgaven, hvor jeg går mer inn på hver enkelt artikkel og dens innhold.

### **1: Berry, P.H (2007). The pain of residents with terminal cancer in USA nursing homes: family members` perspectives.**

Meningen med denne studien var å se på pårørendes perspektiv på smerte og smertelindring til terminale kreftsyke pasienter i sykehjem.

Deltakere som følte deres smertelindring kunne vært bedre så på familiemedlemmer sin smerte og sykdom på en annen måte enn de som mente at smerten ikke kunne lindres bedre. Familiemedlemmer som mente at det var bedre måter å lindre smerte på tok også på seg rollen som den sykes advokat og så til at problemet ble løst. De som synes at den syke ikke fikk adekvat medisinerings, men også så at de ikke kunne håndteres annerledes, viste ingen bekymring for den sykes omsorg. De kunne heller ikke skjelve mellom smerte og sykdom. På denne måten ble det som om det var de pårørende som stod i veien for at den syke fikk adekvat smertelindring.

Jeg bruker denne artikkelen fordi den ser på pårørendes syn på smertelindring. Det er pårørende som kjenner pasienten best og kan derfor fungere som ressurs kanskje spesielt når den syke selv ikke er i stand til å formidle sine behov eller ønsker.

**2: Pleschberger, S (2007). Dignity and the challenge of dying in nursing homes: the residents` view.**

Verdighet blir ofte diskutert i debatter om omsorg ved døden, og også når eldre menneskers omsorg og pleie diskuteres i politikken. Siden sykehjem fortsetter å være viktige arenaer for hvor eldre lever den siste tiden sin i et vestlig moderne samfunn, og siden det forekommer bevis på at palliativ pleie i sykehjem mangler kvalitet, er det en økende diskusjon på hvordan bedre pleien og omsorgen som blir gjort i palliativ fase..

For å finne ut mer om dette var det viktig å se på meningene til de som faktisk blir berørt av dette; beboerne på sykehjem.

**3: Bostrøm, B, Sandh, M, Lundberg, D & Fridlund, B (2003). Cancer patients` experiences of care related to pain management before and after palliative care referral.**

Pasienter med alvorlig kreft opplever i 60 % av tilfellene å ha akutte eller kroniske smerter og mer enn 90 % av de som dør av kreft lider av smerter den siste fasen av livet. I palliativ behandling er smerteproblematikken noe som må sees på fra flere vinkler og flere synspunkter.

Spørreskjema ble brukt for å finne kreftpasienters erfaringer av pleie relatert til smertelindring, før og etter å ha bli referert til palliativ behandling, og også ble disse skjemaene brukt for å oppdage mulige korrelasjoner mellom smertelindring og andre aspekter ved omsorg.

Det kan være vanskelig å vite akkurat når pasienten trer inn i terminal fase og i artikkelen ser vi betydning av hva god palliativ pleie vil si for pasienten og smertelindring er et av hovedfokusene.

**4: Franklin, L.L, Ternestedt, B.M & Nordenfelt, L (2006). Views on dignity of elderly nursing home resident`s.**

I nyere tid har det blitt publisert en del stoff om tema rundt verdighet og da gjerne i forhold til palliative pleie og omsorg. Meningen med denne studien var å finne ut hva eldre mennesker i sykehjem mente om verdighet i deres siste fase av livet. Gjennom deres beskrivelser av pleien og hverdagslivet ved sykehjemmet var verdighet noe som ble belyst.

Det virket som om det var lettere for pasientene å snakke om verdiget for dem når dette var blitt truet. Det å bli eldre i seg selv kunne være en trussel eller krenkelse. Kjernen i å kjenne seg verdifull ble illustrert med å finne mening med en vanlig og "kjedelig" hverdag.

Jeg synes denne artikkelen bringer med seg viktig informasjon som er til nytte i tilrettelegging av verdighet for pasienten. Her får vi innblikk i hva pasientene selv mener om verdighet og hva som krenker dette.

### **5: Husebø, B. S & Husebø, S (2005). Sykehjemmene som arena for terminal omsorg – hvordan gjør vi det i praksis?**

Sykehjemmene er godt egnet til å ta seg av pasienter i palliativ fase, men dette forutsetter at de ansatte innehar god kompetanse på området. Kommunikasjon var viktig i forhold til informasjon til pasientene. Informasjon til pårørende var også viktig for at de lettere kunne akseptere situasjonen deres nærmeste befant seg i.

Artikkelen er fra Den Norske læreforening, men den er fin å ha med som tilleggsartikkel fordi den belyser smertelindring og etiske utfordringer noe som passer med min problemstilling. Videre tar den om kommunikasjon mellom de ulike partene som berøres når en pasient er i palliativ fase.

### **6: Gjerberg, E & Bjørndal, A (2007). Hva er en god død i sykehjem?**

I Norge er det lite systematisk kunnskap om hva som ligger i det å få en god død. Det er også for lite kunnskap om behandling, pleie og omsorg i palliativ fase på sykehjem. Det kommer fram at det var et ønske fra informantene at smerte og symptomlindring måtte bli bedre. Videre var det et ønske om at det skulle foreligge respekt for pasient og pårørende og at det skulle utarbeides bedre rutiner rundt palliativ pleie og omsorg.

Artikkelen er nyttig fordi den har som mål å se på hva som er en god død. Den er også av nytte fordi den kommer inn på viktigheten av smertelindring til pasientene i siste fase av livet.

### 3.0. Teoridel

Kommende teori er delt inn i fem deler med underkapitler for å systematisere på en oversiktig måte. De to første delene vil inneholde teori om palliativ behandling og pleie og kreft. Videre vil det komme en del om smerte med smertefysiologi, smertelindring og smertekartlegging. I den neste delen vil det komme teori om verdighet og sykepleiers rolle. Disse nøkkelordene er samlet fordi de på mange måter kan gå i hverandre, altså det å inneha verdighet og legge til rette for. Sist kommer teori om kommunikasjon som også kan være nyttig både for smertelindring og verdighet.

#### 3.1. Palliativ behandling og pleie

Palliasjon stammer fra ordet *pallium* som betyr frakk eller kappe og er noe som beskytter eller lindrer (Thaule 2008). Sandman & Woods (2003) beskriver denne betydningen som noe som beskytter og lindrer, men som ikke tar bort, uværet er der, men kappen eller frakken verner mot dette uværet. Sett ut i fra et sykdomssyn kan man si at en kan lindre pasientens plager og lidelser, men en kan ikke kurere.

Begrepet palliativ pleie og palliativ medisin er relativt nye begreper i helse- og omsorgskonteksten, men Sandman & Woods (2003) sier at disse begrepene har blitt dominerende i forhold til hvordan man omtaler omsorg for den døende. I 1990 ble Palliasjon i følge WHO definert som den aktive og totale behandling av pasienter på en tid når sykdommen ikke responderer på behandling og når kontroll av smerter, av andre symptomer og av sosial, psykologisk og åndelige behov er gjeldene (Kaasa 2008).

WHO kom i 2002 med en utvidet definisjon på begrepet hvor de også la til hva palliativ behandling inneholder. Den sier at palliativ behandling gir lindring fra smerte og andre tilleggssymptomer. Den bekrefter liv og ser på døden som en normal prosess. Videre skal den verken framskynde eller utsette døden, og den skal integrere åndelige og psykologiske aspekter ved ivaretagelsen av pasienten (Kaasa 2008).

I følge Kaasa (2008) kan man dele inn palliasjon i to definisjoner. Den ene som er palliativ symptomforebyggende behandling, er når man vil utsette eller forebygge lidelser som antagelig vil komme i forløpet og målet kan være å utsette utviklingen for en viss tid. Dette kan være pasienter som har tumorer. Den andre definisjonen beskrevet av Kaasa (2008) er Palliativ symptomlindrende behandling. Her er målet å kunne lindre symptomer som kan

være plagsomme for pasienten. Denne behandlingen er rettet mot en eller flere av disse plagene.

### 3.2. Kreft

De fleste vevene og organene har omtrent den samme størrelsen sett i en voksen kropp og dette betyr at nye celler blir erstattet når gamle celler dør. Cellene blir erstattet ved celledeling, men dersom vekstreguleringen blir forstyrret dannes en klump av celler som vokser etter hvert. Denne klumpen sees på som en tumor. Vi omtaler tumorer som enten benign, godartet, eller malign som er en ondartet tumor. En malign tumor er et mer alvorlig helseproblem enn en benign tumor fordi cellene i maligne svulster har evnen til å spre seg til fjerntliggende vev i kroppen. Eksempelvis kan celler fra et melanom, kreft i pigmenterte celler som oppstår i huden, følge blodstrømmen og derved spre seg til for eksempel lever eller hjerne. Kreftcellene i leveren kalles da metastaserende melanom og ikke leverkreft.

Metastaser har samme navn som den opprinnelige tumoren. Melanomceller som vokser i lever eller hjerne kan forstyrre funksjonen av disse vitale organene og er derfor livstruende (Sand, Sjaastad, Haug & Bjålie 2007).

Kreft utvikler seg over lang tid og selv om det er mange forhold som kan medvirke til at sykdommen oppstår, slik som overvekt, røyking og inaktivitet, kan også miljøfaktorer og arv være av betydning for kreft. En kan arve skader i bestemte gener og dersom det så oppstår nye skader kan det oppstå kreft, allikevel er det få tilfeller av kreft hvor arv er eneste årsak (Folkehelseinstituttet 2008).

I følge Folkehelseinstituttet (2008) har forekomsten av kreft økt de siste årene og omtrent 4 av 10 vil oppleve å få kreft en gang i livet. Hos eldre mennesker vil risikoen øke og av 10 krefttilfeller vil 8 være i aldersgruppen over 55 år. Kreft utvikler seg over lang tid og det er mange forhold som kan medvirke til at sykdommen oppstår.



### 3.3. Smerte

#### 3.3.1. Definisjon på smerte

Smerte betyr å ha vondt eller lide (Taule 2008).

Smerter er objektive samtidig som det er stor forskjell på hvorledes smerter går utover livskvaliteten til den enkelte pasient. Smerter i seg selv er en plage for pasienten, men smerter kan også føre til søvnproblemer, nedsatt matlyst og angst og eller uro.

Kaasa & Borchgervink (2008) har valgt å benytte seg av definisjonen på smerte til Internasjonal Association for the Study of Pain (IASP) som er:

*”Smerte er en ubehagelig sensorisk og følelsemessig opplevelse forbundet med faktisk skade eller vevsskade eller oppfattet som dette”* (Kaasa & Borchgervink s: 272, 2008).

#### 3.3.2. Smertefysiologi

Det er ulike former for smerte og Kaasa & Borchgervink (2008) sier at smertetilstander kan ofte deles i tilfeller av kreft og ikke kreft ved å se på smertene som akutte eller kroniske, selv om også kreftpasienter kan oppleve og få både akutte og kroniske smerter.

Akutte smerter er forbigående og varer til skaden er leget. Disse smertene er ofte kombinerte med angst og usikkerhet og lett forhøyning av pulsen, men går som oftest over etter at pasienten blir forsikret over skadens omfang og varighet. Ved kroniske smerter har smertene latt være med å ”beskytte” kroppen mot vevsødeleggelser og smerten i seg selv blir destruktiv.

Smerte kan også deles inn i nociseptive eller nevropatiske deler. De nociseptive smertene er blitt til fordi en vevsskade påvirker nociseptorer og disse kan man finne i ulike vev slik som bindevev, sener, tenner, lungehinne, bukkinne, leverkapsel og i hud og muskler. Nociseptive smerter som føles skarpe og verkende, er gjerne fra skjelett og dens muskulatur, eller fra huden, mens diffuse dumpe smerter over større område stammer ofte fra nociseptive smerter i innvollene.

Ved nevropatisk smerte har man en påvirkning av nervesystemet som da overfører nerveimpulser til hjernen. Slike smerter kan ofte oppleves som brennende og stikkende og føles som om smerten stråler ut i et område.

Smerter hos kreftpasienter skyldes oftest en progresjon av deres grunnlidelse, og Kaasa & Borchgervink (2008) sier at den vanligste årsak til smerte hos kreftpasienter er metastaser til skjelettet. En tumor kan også vokse direkte inn i affiserte slimhinner, direkte inn i nervepleksuser eller i andre nervestrukturer, og hvordan smerten oppleves vil også kunne si noe om hvilke strukturer som er involvert. Videre sier Kaasa & Borchgervink (2008) at en tumor kan også okkludere ulike hulorganer, da tarm, bronkier og øsfagus, og her er det vanskeligere å se hvor smerten er eller stammer fra fordi man kan oppleve å ha ulike symptomer hvor smerte er ett symptom. Dersom en tumor vokser inn i strukturer med smertereseptorer kan det gi store plager for pasienten slik som flere metastaser, innvekst i periost, fascier, slimhinner eller kapsler.

### 3.3.3. Kartlegge smerte

Den kreftsyke pasienten i palliativ fase opplever mange plager og lidelser, man kanskje størst er smertene og påkjenningene de gir. Å kartlegge betyr å lage en oversikt, registrere eller å angi noe (Taule 2008).

For å kunne gå i gang med en kartlegging av smerte er det først viktig med anmsesen til pasienten. Kaasa (2008) illustrerer dette med å si at med smerteamnese kan det dannes et bilde over hvordan smerten føles og hvorfor man opplever den. Etter dette er det lettere å kunne fastslå smertens type, da om den er nevrogen, nociseptiv eller av annen type, og tiltak vil da kunne følge.

Det finnes ulike former for kartleggingsverktøy som kan anvendes i en kartlegging av smerte. Numerical Rating Scale (NRS) er i følge Kaasa (2008) den enkleste måten å utføre en systematisk registrering på. NRS er tegnet som to forankringspunkter hvor man kan krysse av fra *ingen smerte* til *verst tenkelig* smerte. Selv om denne metoden kan gi et godt innblikk i pasientens smerte bør man også benytte seg av skjema som også inneholder punkter om andre plager pasienten har, dette for å få et større innblikk i pasientens situasjon. Dette kan eksempelvis være Edmonton Symptom Assessment Scale, ESAS skjema. ESAS kan kartlegge

fysiske og psykiske plager og det blir utfylt av pasienten selv, helsepersonell eller pårørende. (Kaasa 2008).

Videre er andre skjema som blir brukt i smertekartlegging av typer hvor man tegner inn på et ark hvor smertene befinner eller utarter seg. Man velger hvilke skjema som er mest gunstig for pasienten i den konkrete situasjon eller dagsform han er i.

#### 3.3.4. Lindring av smerte

Erfaring er at et godt samarbeid mellom lege og sykepleier vil kunne danne et bedre tilbud til pasienten når det gjelder lindring av smerte. Det er legen som forskriver medikamentene, men det er sykepleier som observerer pasienten i et større tidsperspektiv. Målet må være at kreftpasientene opplever minst mulig smerte.

WHO har utarbeidet et skjema over smertetrapp hvor man kan finne frem til riktig regime for pasienten. Hvilket trinn man starter på er avhengig av intensiteten på pasientens smerte. Poenget er å kunne på et generelt grunnlag kunne si noe om hvilke medikamenter som er til best nytte for pasienten ut i fra hvilken og hvor stor smerte pasienten har.

På trinn 1 på smertetrappen anbefales at det blir brukt NSAIDs og paracetamol, altså ikke-opioid analgetika. På trinn 2 skal man benytte preparater som blir kombinert med hverandre. Dette kan være paracetamol kombinert med et svakt opioid for eksempel kodein. Siste trinn på smertetrappen utarbeidet av WHO er trinn 3 hvor man benytter sterke opioider. Eksempler på disse er Morfin, Metadon, Petidin og Fentanyl (Simonsen, Aarbakke & Lysaa 2007).

I palliativ behandling bruker man skjønn ved bruk av medikamenter som kan være vanedannende og Simonsen et al (2007) sier at morfin bør være førstevalget ved sterke smerter. Viere blir også ketobemidon, oxycodon og metadon brukt. Min erfaring her er at det ofte blir brukt oxycodon i form av Oxycontin som gjerne gis som depot og er langtidsvirkende og Oxynorm som hurtigvirkende da gjerne rektalt.

For å øke den smertestillende effekten bruker man ofte antidepressiva og anxiolytika sier Simonsen, et al (2007). Grunnen til den økte effekten er at disse legemidlene demper aktiviteten i efferente nevroner fra høyre sentre i sentralnervesystemet og virker hemmende på interneuronene.

I tillegg til smerter er det også andre plager og lidelser den kreftsyke i palliativ fase opplever. Kvalme og oppkast forekommer hos 30 til 70 % av pasienter med langtkommen kreftsykdom og årsakene til dette kan være smerter, obstipasjon, angst og uro eller medikamenter. Skal pasienten oppleve best mulig lindring bør også disse tileggsplagene behandles (Kaasa 2008).

### 3.4. Verdighet og sykepleiers rolle

Verdighet kan deles inn i to aspekter i følge Margareta Edlund (Sitert av Slettebø 2008, s 172-173). *Absolutt verdighet* er noe alle mennesker har i seg fra starten av livet og denne formen for verdi er noe som ikke kan tas bort og heller ikke krenkes. *Den rasjonelle verdigheten* er den man kan ivareta og respektere og likeledes kan denne verdigheten gå bort dersom det er mangel på respekt mellom partene, her pasient og pleier. Altså kan den rasjonelle verdigheten krenkes, men den kan også gjenvinnes ved å vise pasienten respekt og verdsettelse og ved å utheve verdig behandling (Slettebø 2008).

Sneltvedt (2008) konstaterer at verdighet er barmhjertighet, omsorg og respekt for den enkelte pasient, uavhengig av alder, hudfarge, kjønn, sykdom, trosoppfattning, kultur, funksjonshemming, nasjonalitet og etniske bakgrunn. Verdighet kan være noe man har og som man også gir og Fjørtoft (2007) sier at sykepleier skal respektere og ivareta verdighet til pasienten fordi verdighet er en grunnleggende verdi.

Verdighet er subjektiv og objektiv. Den subjektive verdighet kan være knyttet til pasientens opplevelse av verdighet og egenverd, mens den objektive verdighet beskrives i rettigheter og retningslinjer (Slettebø 2008).

FN har utarbeidet rettigheter for den døende også kalt *The Bill of Rights*, og disse rettighetene er også sentrale verdier for mennesket i en slutfase (Helse og omsorgsdepartementet 1999). En av disse rettighetene er: *Jeg har rett til å få død i fred og med verdighet*. En annen beskrevet rettighet er: *Jeg har rett til å bli behandlet av omsorgsfulle, medfølede, kyndige mennesker som vil prøve å forstå mine behov og som vil oppleve det som givende å hjelpe meg å møte min død*. Verdighet blir sett på noe som man har krav på, men også noe sykepleier kan legge til rette for med å være der for pasienten og gi pleie og omsorg som føles verdig.

I sykepleiernes yrkesetiske retningslinjer blir det slått fast at sykepleiens grunnlag skal være respekt for den enkelte menneskets liv og iboende verdighet. I dette ligger det en forståelse om at sykepleier skal ivareta pasientens integritet og verdighet med å gi en helhetlig pleie (Norsk sykepleierforbund 2008). Sykepleiers rolle ble her definert som noen som kan legge til rette for verdighet.

Pasientene har også et overstyrt vern om sin verdighet, og Slettebø (2008) sier at et formål med pasientrettighetsloven er å sikre at pasientens verdighet og integritet og legge til rette for dette og ved og ikke krenke pasientens verdighet og integritet.

### 3.5. Kommunikasjon

Vi bruker kommunikasjon bevisst eller ubevisst hver dag og kan gjerne oppleve at kommunikasjon kan være et middel for å oppnå noe. Som sykepleier kan kommunikasjon være et viktig verktøy i relasjonsbygging til pasienten.

Ordet kommunikasjon stammer fra det latinske begrepet *communicare* eller *communicatio* som kan bety meddele eller meddelelse (Birkler 2006). Taule (2008) sier at kommunikasjon betyr overføring av informasjon, men også å gjøre felles.

Birkler (2006) mener at kommunikasjon er et vilkår som ligger til grunn for all samhandling mellom mennesker og grunnet dette foregår det alltid en kommunikativ praksis. Han påpeker videre at i kommunikasjon er det noe vi gir noen av informasjon som kan skape samhandling, men også noe som kan skape en relasjon. Denne relasjonen kan ytres både verbalt og nonverbalt og man kan si at kommunikasjon er et medmenneskelig forhold hvor noe blir sagt eller noe nytt oppstår. Grønquist (2004) sier at kommunikasjon er et språk og språk er kommunikasjon uansett hvordan vi prater med hverandre. Kommunikasjon er noe vi gjør sammen hvor man kan utveksle tanker og ideer, men kommunikasjon er også en viktig forutsetning for at vi skal kunne samvirke med hverandre i ulike sammenhenger. Dette krever samarbeid og gjensidighet.

I kommunikasjonsprosessen kan vi også oppleve tvetydighet, sier Grønquist (2004). Med dette menes at vi prater forbi hverandre eller ikke er på samme "plan". Dette kan skje når vi ikke hører på hva den andre parten egentlig sier, eller ved å avbryte i samtalen.

For å kunne se på kommunikasjon som verktøy, kan vi også se på hva en samtale er. En samtale handler om de ord man bruker, men også ens følelser, tanker og betydning av ordene som kommer (Grønquist 2004).

## 4.0. Drøftingsdel

Drøftingen vil bli inndelt i 2 deler for å systematisere oppgaven bedre. Kommunikasjon som brukt i teorien, vil bli tatt opp i begge drøftingsdelene, dette fordi kommunikasjon kan bli brukt som verktøy for å oppnå bedre smertelindring og verdighet for den kreftsyke pasienten i palliativ fase.

### 4.1. Smertelindring

Det er en rett å få palliativ behandling og optimal smertelindring på dødsleiet. I FN sine rettigheter for den døende står det at: *Jeg har rett til smertelindring, og videre: Jeg har rett til å forvente kontinuerlig medisinsk behandling og omsorg selv om målet endrer seg fra helbredelse til lindring* (Helse og omsorgsdepartementet 1999).

Bostrøm, Lundberg & Fridlund (2004) mener at smerte er den største plagen for pasienter med kreft i palliativ fase. Det kommer fram av deres artikkel at hele 90 % av pasientene som døde av kreft opplevde smerter. Selv om pasienter har en rett på smertelindring vil ikke dette si at smertelindringen bli optimal og sykepleier har en stor utfordring i å kunne legge til rette for dette. Skal pasientens smerter kunne lindres, er kartleggingsverktøy nyttige.

Bostrøm et al (2004) så at det å benytte VAS var nyttig for å kartlegge hvordan smerten føltes og i studien kom det fram at alle kreftpasientene hadde notert mindre enn 6 på VAS skalaen. Når 10 er verst tenkelig smerte på denne skalaen kan vi også se at de hadde over gjennomsnittet store smerter. I liket med VAS kan også NRS skjema brukes og i likhet med VAS benyttes punkter fra ingen smerte til verst tenkelig smerte. Selv om begge disse gir en oversikt over pasientens smerter kan andre skjema kunne si noe om flere aspekter ved pasientens situasjon og Kaasa (2008) nevner ESAS skjema som nyttig her. Det er flere plager og lidelser som kan øke smertene til pasienten og om alle aspekter er kartlagt kan også smertelindring kunne bedres.

Kaasa & Borchgrevink (2008) deler Bøstrøm et al (2004) sine synspunkter om smerte ved å si at smerte ofte er hovedproblemet til kreftpasienter og de sier at ved god palliativ behandling

kan 90% av kreftpasienter oppnå god smertelindring. Ved smertelindring til kreftsyke i palliativ fase ligger ofte paracetamol som grunnpreparat, altså pasienten står fast på paracetamol for så å få andre medikamenter eventuelt eller setter ansvarlig lege opp andre medikamenter som pasienten får regelmessig. Det er allikevel mange som har problemer med å svelge tablett og andre løsninger kan da brukes. Simonsen et al (2007) sier som tidligere nevnt at Morfin er førstevalget ved sterke smerter, og lege kan vurdere om det skal gis Morfin eller annen smertelindring. Legen i samarbeid med sykepleier vurderer også om pasienten skal få medikamentene per oralt, rektalt, ved hjelp av smertepumpe eller som injeksjoner. Noen pasienter vegrer seg for injeksjoner helt til det siste, og her er kanskje også et alternativ smertepaster, eksempelvis Norspan. Uansett valgte medikamenter kan en tilstrebe at det er plan for ulike smerter, akutte og kroniske. God planlegging er i følge Husebø & Husebø (2003) viktig for at palliativ behandling skal være best mulig. Smertetrappen utarbeidet av WHO kan brukes generelt, men også som pekepinn på hvilke medikamenter som kan benyttes i hvilket forløp pasienten er i.

Selv om smerte ofte er hovedproblemet for kreftpasientene i palliativ fase er det også andre plager som kan oppstå. Er pasienten obstipert kan dette føre til smerter i mageregionen og det kan også føre til hodepine og kvalme. Simonsen et al (2007) sier at obstipasjon kan påvirke medikamentenes opptak. Skal pasienten oppleve god smertelindring bør også tiltak mot obstipasjon være på plass. Tiltak kan her være lakserende midler, væskeinntak eller snu regime. Det er av stor betydning hvordan pasienten har det. Man setter ikke i gang store tiltak dersom pasienten har relativt kort tid igjen. På en annen side har jeg opplevd pasienter som er opptatt av avføringsproblematikken helt til det siste.

Andre lidelser og plager som kan føre til smerte er muntørhet, kvalme, angst og uro, feber og problemer med pusten, - tungpusthet. Slim kan forsake ubehag for pasienten og observasjoner gis til lege om dette. Målet bør være at pasienten ikke opplever ytterligere ubehag, for dersom man suger opp dette slimet kan det være svært så ubehagelig for pasienten (Kristoffersen 2006). Det finnes medikamenter som kan løse opp slimet, men også isvann kan lindre. Palliativ pleie og omsorg dreier seg om å lindre alle ubehag for pasienten. I følge Husebø & Husebø (2005) puster pasienter i palliativ fase mer ut gjennom munnen og dette kan føre til sår og soppinfeksjoner som bidrar til smerter, ubehag og manglende matlyst. Munnstell kan utføres kontinuerlig dersom pasienten ser ut til å ville dette. Kvalme

er vanlig hos kreftsyke i siste fase og Kaasa (2008) sier 38 % av pasientene opplever dette. Kvalmestillende tiltak kan være medikamentell, men ut i fra erfaring ser jeg at isvann og frisk luft i rommet er også like anvendt. Husebø & Husebø (2005) sier at daglig inspeksjon og behandling av eventuelle infeksjoner skal prioriteres. De mener også at dette er noe pårørende kan hjelpe til med ved for eksempel fukte lepper, munn og svelg hos den døende pasienten. Det kan føles godt for pårørende at de lindrer noen av plagene til deres nærmeste.

Når det gjelder alle plager som følger den kreftsyke i hans siste tid er planlegging vesentlig. Samarbeide mellom sykepleier og lege og eller andre instanser kan starte før eventuelle problemer oppstår. Ved god planlegging med palliativ pleie kan pasientene oppleve bedre lindring. Bostrøm et al (2004) mener at det er et behov for en flerdimensjonal tilnærming til smertebehandling.

I artikkelen skrevet av Gjerdberg & Bjørndal (2007) kommer det fram at for å kunne oppleve en god død måtte smerter og andre plager lindres. Smertelindring var spesielt viktig for at den siste tiden skulle bli så god som mulig. Kompetanse innen lindring var viktig for at pasienten kunne få det best mulig og informantene mente opplæring og ressurser utenfra var med på å kunne praktisere god lindrende behandling. Husebø & Husebø (2005) sier i sin artikkel at god palliativ behandling er utenkelig uten pleiepersonalets kompetanse og motivasjon, og den syke er avhengig av dem for å slippe å lide. Viktigheten av kompetanse blir illustrert i yrkesetiske retningslinjer hvor det står: *Sykepleieren erkjenner grensene for egen kompetanse, praktiserer innenfor disse og søker veiledning i vanskelige situasjoner* (Norsk sykepleierforbund 2008, punkt 3.3). At sykepleier har god kompetanse innenfor palliasjon er viktig, men dersom hun ikke har det kan man få hjelp og råd fra andre. Sykepleier selv har ansvar for å vite hvor og når man skal oppsøke hjelp fra andre. Bostrøm et al (2004) mener at uansett trengs det mer forskning på den kognitive dimensjonen av smerte.

Man kan tilstrebe best mulig smertelindring for pasienten, men ofte er det frykten for smertene som kan komme som er gjeldene for pasienten. Mathisen (2006) mener at godt sengeleie og godt håndlag med pasienten kan oppleves som trygghetsskapende, og når pasienten er trygg kan også frykten for smerter lindres. Ved smertelindring skal man også



være observant på pasientenes ønsker. Noen er redde for at medikamentene gjør dem utav stand til å kunne prate eller være med på det som skjer rundt ham. Denne meningen kan endres etter hvert, og det skal være rom for det.

Mange pasienter opplever angst og uro og dette kan gi store påkjenninger for dem fordi angst kan føre med seg tilleggsplager. Loge (2008) beskriver at kreftpasienter har gjerne vært utsatt for store fysiske belastninger. Dette fører ofte til psykiske reaksjoner. Pasienter jeg har møtt har vært urolige av forskjellige grunner, men denne uroligheten har også medført mer smerte og ofte også tungpusthet og kvalme hos dem. Legen vil kunne forskrive medikamenter som kan lindre og Simonsen et al (2007) nevner Dormicum som et alternativ for angst og eller uro. Et vel så viktig tiltak kan være tid og nærhet, pasienten kan slippe mye uro bare ved at sykepleier holder hånden hans eller stryker over kinnene hans. Flere av pasientene jeg har møtt ønsker at man bare er der i samme rom som pasienten. Store tiltak er ikke alltid nødvendig.

Berry (2007) får i sin artikkel fram at både pasienten selv og hans pårørende kan oppleve påkjenninger ved dårlig smertelindring. Dette grunnet deres følelser og involvering i pleien til den døende slektning. Mathisen (2006) mener at dersom pasienten har pårørende som er der for dem kan sykepleier benytte dem som ressurs, for disse pårørende er ofte de som kjenner pasienten best. På en annen side, i artikkelen av Berry (2007) spilte pårørende ulike roller. Noen tok på seg rollen som den døendes advokat. Disse mente også at det var flere måter å løse smerteproblemene på og brukte tid og krefter på å se til at disse problemene ble løst. Andre pårørende i artikkelen mente at deres slektning ikke fikk adekvat smertelindring, men trodde heller ikke det kunne løses annerledes. De så heller ikke forskjellene ved sykdom og smerte og utfallet ble at det var de som stod i veien for at den dødsyke fikk god nok smertelindring.

I følge Gjerberg & Bjørndal (2007) er pårørende viktige for både pleiepersonell og pasienten selv. Samtlige av informantene i deres artikkel mente det var viktig å ivareta pårørende. Trekker jeg inn egen erfaring her tenker jeg at dersom sykepleier er bevisst på sin informasjon til pårørende slik at de er inneforstått om lindrende behandling og hva det innebærer, kan de lettere fungere som ressurs for involverte parter. Det virker som om pårørende lettere slapper av med omfanget av pasientens behandling dersom de føler at

sykepleier har gode nok kunnskaper om palliativ behandling. Berry (2007) mener at sykepleiere kan påvirke smertelindring ved å forklare meningen og dersom det ligger misforståelser til grunn hos pårørende eller pasienten skal dette oppklares. Selv om sykepleier har en viktig oppgave her, komme det fram i artikkelen til Husebø & Husebø (2005) at det er sykehjemslegen som har ansvar for å sikre forberedende etiske samtaler med pasienter og pårørende.

#### 4.2. Verdighet

Sandman (2003) sier at når man omtaler en god død kommer man også inn på hva som er verdig død. Han sier dersom man skal benytte ordet verdig i sammenheng med en god død må man også se på hva ordet verdighet betyr i praksis. Franklin, Ternestedt & Nordenfelt har sett på hva verdighet er og vil si for pasienter i sykehjem. De mener at verdigheten ikke er så gjeldende den burde være for kreftpasientene som var innlagt ved sykehjemmet. Deres intervjuer viste at pasientene mente deres verdighet var truet allerede ved innleggelse. Man kunne også høre at pasientene følte på ensomhet og at de var til bry. Det var mye de trengte hjelp til, men lot være å spørre. Den viktigste oppgaven for sykepleier i møte med mennesker i sorg og kriser er i følge Mathisen (2006) å være medmenneske. Å være et medmenneske kan også være å legge til rette for verdighet. Ved å holde den døende i hånda og være der for ham kan bety mye for hans verdighet. Det skal ikke forekomme at pasienten føler at det ikke er tid nok til ham, eller at han føler seg til bry.

Verdighet er subjektiv fordi alle mennesker har verdighet i seg fra starten av livet (Slettebø 2008). En verdig død er også en subjektiv oppfattning, for man har ulike meninger om hva som må til for å kunne oppleve en god død. Pleschberger (2007) mener at man kan tydelig se at verdighet ikke bare er personlig og individuell, men også knyttet til grunnleggende krav som er i en institusjon.

I artikkelen av Gjerberg & Bjørndal (2007) kommer det fram at trygghet var viktig for den døende. Tryggheten kunne skapes ved å være sammen med pasienten og ikke la han være alene. Trygghet kunne også være i sammenheng med pårørende med at de følte deres behov ble dekket. Disse behovene kunne være å bli sett og hørt og at det var rom for at de kunne være med pasienten når de ønsket det. Basert på møte med pårørende ser jeg at det

å være imøtekommende for de som kommer på besøk til pasienten og tilby dem drikke eller annet betyr mye. Imøtekommende er man også når man stiller seg disponible til spørsmål eller samtaler.

Trygghet og verdighet kan gjerne sees i sammenheng for når pasienten ikke trygg kan verdigheten trues. I artikkelen til Pleschberger (2007) kom det fram at verdighet ble truet når man var syk og pleietrengende. Intervjuobjektene var i en sårbar gruppe fordi verdigheten ble lagt i hendene på pleiepersonellet. Skal verdigheten gjenvinnes i denne situasjonen kan sykepleier igjen vise at hun er der for ham. Kommunikasjon er et grunnleggende verktøy i relasjon mellom pasient og pleier. Det er viktig at man ikke snakker forbi hverandre, sier Grønquist (2004). Dersom pasienten ønsker å prate om noe hans synes er viktig og sykepleier ikke forstår han, kan dette skje. Å lytte til det han sier er også å reflektere over ordene han bruker. Hvilket kroppsspråk han benytter sier også noe om hva han mener eller hvordan han opplever det. Hvordan sykepleier velger å vise sitt kroppsspråk kan være avgjørende for hvor mye pasienten vil si. Viser sykepleier medfølelse og evne til å ta innover seg det som blir berettet, kan også pasienten oppleve verdighet i det.

En verdig død for intervjuobjektene i Pleschberger (2007) sin artikkel var det å dø på "rett" tidspunkt, selv om de ikke ønsket å påvirke dødstidspunktet. Ofte er det slik at pasientene i palliativ fase har tanker om når døden inntreffer og da også hva dette vil innebære. Ser vi tilbake på FNs erklæring om den døendes rettigheter kommer det der fram at man har en grunnleggende rett til å drøfte og gi uttrykk for religiøse eller eksistensielle opplevelser uansett hva de måtte bety for andre (Helse og omsorgsdepartementet 1999). Selv om sykepleier kan stille seg til disposisjon for samtaler rundt døden for pasienten, er det ikke sikkert at dette er tilstrekkelig for han. Buch & Hirsch (2008) sier at prester og diakoner har som oppgave å støtte mennesker uansett religion og oppfatning. Det som er viktig er at sykepleier informerer pasienten om tilbud om å få snakke med prest. Erfaring er at selv om pasienten ikke har vært troende før, ønsker de allikevel ofte å få prate med prest. Noen ønsker samtale med egen prest. Noen ønsker den siste olje, mens andre har gjerne bare et ønske om å få stille spørsmål de har i tankene i den fase de befinner seg i.

I erklæringen om *døendes rettigheter* utarbeidet av FN, kan vi også se at pasienten har rett til å få opprettholdt sin verdighet og her er sykepleiers rolle av betydning (Helse og

omsorgsdepartementet 1999). Omsorgen og pleien sykepleier gir kan også legge til rette for verdighet. For praktiske oppgaver er en ting, men også hvordan sykepleier er i det hun utfører er et like viktig moment i palliasjon.

I ordet ligger verdighet også det å kunne bestemme selv og Husebø & Husebø (2005) illustrer dette ved å se på pasientens samtykke. Pasienten skal få være delaktig i bestemmelser rundt han behandling jamfør Pasientrettighetsloven § 3-1 og § 3-2, men dersom han ikke er i stand til dette kan man tenke på hva pasienten ville ha ønsket selv, eller man kan spørre pårørende dersom dette er tidligere avklart med pasienten. Kommunikasjonssvikt er vanlig hos den døende, og Ranhoff (2008) påpeker at dette kan by på utfordringer for å gi det pasienten ønsker. Ved gode observasjoner og kjennskap til pasienten kan sykepleier ofte vite hva som er ønskelig, men også her er pårørende en god ressurs. De vet ofte mer enn pleier om hva som er best i ulike situasjoner for pasienten. Slettebø (2008) mener at sykepleier skal ved inkomstsamtalen med pasient og pårørende få fram meninger og ønsker om hvordan de ser for seg behandling videre, og også hvordan de er vant med å ha det. Meningen er at når uventede eller plutselige endringer hos pasienten oppstår, skal en også vite hvordan dette skal håndteres etter pasientens ønsker.

Kommunikasjonssvikt hos pasienten er som nevnt en utfordring, men også kommunikasjon mellom de ansatte kan være utfordrende. Felles informasjon og forståelse bør være grunnlaget for de ansatte, og videre bør man til en hver tid vite hva som blir formidlet av informasjon til pasienten og hans pårørende (Hjort 2008). Basert på egen erfaring kan pasienten merke forvirring blant ansatte, og dersom pasienten føler seg urolig på grunn av dette, kan også verdigheten han bli truet ettersom trygghet og verdighet ofte sees i sammenheng. Om pasienten opplever seg trygg, er også noe av grunnlaget for verdighet lagt.

Verdighet kan likeledes trues når pasienten føler på skam og skyldfølelse. Disse vonde følelsene kan dukke opp som en reaksjon på at han vet han skal dø, for i denne prosessen er det mange rundt ham som sørger og lider. Han føler altså gjerne skyld for at de gjenlatte skal måtte lide (Kristoffersen & Breievne 2006). God kommunikasjon mellom sykepleier og pårørende kan bidra til støtte for det som plager pasienten. Ser vi tilbake på yrkesetiske

retningslinjene for sykepleiere kommer det fram at sykepleier skal samhandle med pårørende (Sykepleieforbundet 2008). Sykepleier kan ofte være bindeleddet mellom pasient og pårørende i ulike situasjoner. Kanskje pasienten har behov for å prate med sine nærmeste om hva han føler. I den døendes rettigheter utarbeidet av FN, står det at mennesker har rett til å få hjelp av og for deres familie til å akseptere deres død (Helse og omsorgsdepartementet 1999). Hjelpen kan med hensikt også gå begge veier slik at pasienten selv opplever at det er lov å dø. Husebø & Husebø (2005) mener kommunikasjon med pårørende kan få dem til å prioritere å være der for den døende pasienten, dette gjennom god og tydelig informasjon.

I god pleie og omsorg kan sykepleier vaske pasienten, greie håret hans eller smøre huden med god krem. Noen pasienter er vant med å bruke tid på utseendet sitt og ønsker å se stelt ut selv den siste tiden. Også for pårørende kan dette være positivt for, å se at tross sykdom og lidelser er pasienten velstelt, man respekterer uansett pasientens ønske. For noen vil bare være i fred og synes det er masete med vasking og lignende.

Respekt kan også sees i sammenheng med verdighet. Ved palliativ behandling er det mange fysiske tiltak som kan lindre eller bedre situasjonen til den døende pasienten. Allikevel Husebø & Husebø (2003) påpeker at man bør seponere alle unødvig medikamentelle behandlinger og alle unødvige omsorgstiltak. Se på pasienten hvordan han har det, og i hvilken fase han er i. Respekt for han kan være å gjøre det som kun er nødvendig, og heller bruke tiden på omsorg i form av nærhet og tilstedeværelse, dette kan bidra til verdighet for ham.

## 5.0. Avslutning

Det kan være en utfordring å være sykepleier i møte med mennesker som ligger på det siste. Ubegag pasienten opplever er vanskelig for flere parter enn bare pasienten selv. Ser vi tilbake på min problemstilling som er: *Hvordan kan sykepleier ved palliativ pleie legge til rette for at den kreftsyke pasienten opplever lindret smerte og et verdig liv*, har jeg nå ulike tiltak som kan være av nytte.

Smerte er som tidligere nevnt et stort og vanlig problem for kreftpasienter i palliativ fase. Å kunne kartlegge disse smertene er kanskje første tiltak i veien til smertelindring. Ulike verktøy fungerer også ulikt i hver situasjon, og sykepleier kan gjennom gode observasjoner og kunnskaper vite hvilket som er best for den konkrete pasient. Videre kan god kommunikasjon med lege føre til god planlegging, altså at man i forkant av problemene er enige om hvilken behandling som er best. God kommunikasjon med pårørende kan også være ressursgivende. Trygghet for pasienten kan bidra til lindret smerte og trygghet kan pårørende gi dersom de er der for ham. Det er ikke alle som har pårørende som er der, og uansett er sykepleier sitt nærvær uunnværlig for pasientens trygghet. Gode tiltak for smerte og andre plager pasienten oppleverer ofte bare å være der.

Verdighet har vi i oss, men verdigheten kan også trues i flere sammenhenger. Sykepleier som viser medmenneskelighet kan hjelpe med å legge til rette for verdigheten. Hun kan vise forståelse for hva pasienten går igjennom, og hun kan vise dette på flere måter. Ved å utføre sine sykepleieroppgaver med vennlighet og varme og med trygghet, kan verdigheten for pasienten vises.

Videre har pasienten i palliativ fase rettigheter til hva som kjennetegner en god død. Han har rett på informasjon, han har rett på å få prate med prest, han har rett til å bli behandlet med verdighet og han har rett til å få slippe å dø alene. Sykepleier kan legge til rette for at disse rettighetene blir bevart og for at pasienten skal få det han har krav på, men også har behov for.

Det kan kanskje gå lang tid før både smertelindring og verdighet er slik det burde være for alle kreftsyke pasienter i palliativ fase på sykehjem. God kompetanse innenfor emnet palliasjon i pleie og omsorg er noen steg på veien. Det å tilstrebe en best mulig død for pasienten kan være andre steg. Sykepleier som er faglig dyktig og har evnen til å opptre med medfølelse og samtidig være en betryggende fagperson, kan også legge til rette for at pasienten får det bedre den siste tiden.

## Litteraturliste:

Berry, P.H (2007). *The pain of residents with terminal cancer in USA nursing homes: family members perspectives*. Hentet fra Academic search premier 25.01.2011 fra:

<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?hid=111&sid=1543ea24-2f10-46c9-9633-0f3a85b742ce%40sessionmgr113&vid=9>

Birkler, J (2006). *Kommunikation –et humanistisk fag*. Nielsen, M. S & Rom, G (red) (2006) *Perspektiver på kommunikation i sundhedsfaglige professioner*. Munksgaard Danmark

Bostrøm, B, Sandh, M, Lundberg, D & Fridlund, B (2003). *Cancer patients` experiences of care related to pain management before and after palliative care referral*. Hentet fra Academic search premier 24.01.2011 fra:

<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?hid=111&sid=91593ec3-7b87-47f0-8505-c9825eeebbbe@sessionmgr115&vid=5>

Busch, C.J & Hirsch, A (2008). *Eksistensiell og åndelig omsorg*. Kaasa, S (red) (2008) *Palliasjon. Nordisk lærebok*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

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

Folkehelseinstituttet (2008). *Helsetilstander i Norge: Kreft*. Hentet 7.1.2011 fra:

[http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainLeft\\_6039&MainArea\\_5661=6039:0:15,4576:1:0:0:::0:0&MainLeft\\_6039=6041:70807::1:6043:15:::0:0](http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainLeft_6039&MainArea_5661=6039:0:15,4576:1:0:0:::0:0&MainLeft_6039=6041:70807::1:6043:15:::0:0)

Forsberg, C & Wengstrøm, Y (2008). *At gjøre systematiske litteraturstudier*. Fagbokforlaget Natur och kultur, Stockholm.

Fjørtoft, A. K (2006). *Hjemmesykepleie. Ansvar, utfordringer og muligheter*. Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS

Franklin, L.L, Ternestedt, B. M & Nordenfelt, L (2006). *Views on dignity of elderly nursing home residents*. Hentet fra Pro Quest 25.1.2011 fra:

<http://proquest.umi.com/pgdweb?index=31&did=9878>

Gjerberg, E & Bjørndal, A (2007). *Hva er en god død i sykehjem?* Hentet fra Sve Med+, Sykepleien.no 6.1.2011 fra:

[http://www.sykepleien.no/ikbViewer/page/sykepleien/forskning/forskningsartikler/vis?p\\_documentoent\\_id=118309](http://www.sykepleien.no/ikbViewer/page/sykepleien/forskning/forskningsartikler/vis?p_documentoent_id=118309)

Grønquist, G (2004). *Handledning inom vård och omsorg ur ett psykosocialt perspektiv*. Forlagshuset Gothia AS

Helse og omsorgsdepartementet (1999). *FN's erklæring om den døendes rettigheter*. Hentet 2.1.2011 fra:

<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/nouer/1999/nou-1999-2/6/2.html?id=351017>

Hjort, P.F. (2008.) *Pleie og omsorg ved livets slutt*. Kirkevold,M, Brodtkorb,K, & Randhoff,H.H (2008). *Geriatrisk sykepleie; God omsorg til den gamle pasienten*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Husebø,B & Husebø,S (2003). *De siste dager og timer - behandling, pleie og omsorg ved livets slutt*. Oslo: MEDLEX Norsk Helseinformasjon.

Husebø, B. S & Husebø, S (2005). *Sykehjemmene som arena for terminal omsorg –hvordan gjør vi det i praksis?* Hentet fra Sve Med +, Tidsskriftet for Den norske legeforening 6.1.2011 fra: [http://www.tidsskriftet.no/indeks.php?vp\\_SEKS\\_ID=1192785](http://www.tidsskriftet.no/indeks.php?vp_SEKS_ID=1192785)

Kaasa, S (2008). *Palliativ medisin – en introduksjon*. Kaasa, S (red) (2008) *Palliasjon. Nordisk lærebok*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Kaasa, S (2008). *Smertediagnostikk*. Kaasa, S (red) (2008) *Palliasjon. Nordisk lærebok*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Kaasa, S & Borchgrevink, P. C (2008). *Hva er smerte? Et klinisk perspektiv*. Kaasa, S (red) (2008) *Palliasjon. Nordisk lærebok*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Kristoffersen, N. J & Breievne, G (2006). *Lidelse, håp og livsmot*. Kristoffersen, N.J, Nortvedt, F & Skaugh, E. A. (2006). *Grunnleggende sykepleie bind 3*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Kristoffersen, N.J. (2006). *Teoretiske perspektiver på sykepleie*. Kristoffersen, N. J, Nortvedt,F & Skaugh ,E. A. (2006) *Grunnleggende sykepleie bind 4*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS



Loge, J. H (2008.) *Angst og depresjon*. Kaasa, S (red) (2008) *Palliasjon. Nordisk lærebok*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Lov om pasientrettigheter. Kapittel 3.  *Rett til medvirkning og informasjon*. Hentet 4.2.2011 fra: <http://lovdata.no/all/tl-19990702-063-003.html>

Mathisen, J. (2006) *Livets avslutning*. Kristoffersen, N. J, Nortvedt, F & Skaugh, E. A. (2006) *Grunnleggende sykepleie* bind 3. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Pleschberger, S (2007). *Dignity and the challenge of dying in nursing homes: the residents' view*. Hentet fra Pub Med 25.1.2011 fra: <http://ageing.oxfordjournals.org/content/36/2/197.full.pdf+html>

Sand, O, Sjaastad, Ø.V, Haug, E & Bjålie, J.G (2007). *Menneskekroppen. Fysiologi og anatomi*. Gyldendal Norsk Forlag AS

Sandman, L & Woods, S (2003). *Introduktion*. Sandman, L & Woods (red) (2003) *God palliativ vård. –etiske og filosofiske aspekter*. Førfattarna och Studentlitteratur. Sweden

Sandman, L (2003.) *Ideer om god død inom palliativ vård*. Sandman, L & Woods (red) (2003) *God palliativ vård. –etiske og filosofiske aspekter*. Førfattarna och Studentlitteratur. Sweden

Simonsen, T, Aarbakke, J & Lysaa, R (2007). *Illustrert farmakologi. Bind 1*. Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS

Slettebø, Å (2008) *Juridiske rammer og etiske utfordringer*. Kirkevold, M, Brodtkorb, K & Ranhoff, A. H (red) (2008). *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten*. Gyldendal Norsk Forlag AS

Sneltvedt, T (2005). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Brinchmann, B (2005) *Etikk i sykepleien*. Gyldendal Norsk Forlag AS

Sykepleierforbundet (2008). *Yrkes etiske retningslinjer for sykepleiere*:

<https://www.sykepleierforbundet.no/ikbViewer/Content/304808/Yrkesetiske%20retningslinjer.pdf>

Taule, R (2008). *Escolas ordbok*. Escolas forlag.

