



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

EKSAMENSINNLEVERING

Emnenavn: Emne 5

Emnekode:

SYKSB/SYKHB 3001 - Bacheloroppgave

Eksamensform: Hjemmeeksamen

Leveringsfrist: 18.02.10

Kandidatnr.: 9

Antall ord: 7489

Hvordan kan sykepleier bidra til at kreftpasienter i terminalfasen opplever best mulig livskvalitet?



Februar 2010

Kull 2007

Bacheloroppgave

Veileder: Signe Berit Bentsen

Sammendrag

Mitt valg av tema grunner i at kreft er den sykdommen som etter hjerte og karsykdommer tar flest liv i Norge. Så mye som 20 % av alle dødsfall skyldes kreft, og antall krefttilfeller er økende. De aller fleste av disse pasientene dør på sykehus. Forskning viser at pasientene opplever å ha store plager som smerter og unødige plager som obstipasjon og plager fra munnhulen grunnet underbehandling. Forskning viser også at pasientene rapporterer de åndelige behov utilstrekkelig ivaretatt. Med så sammensatt og stort behov for sykepleie som disse pasientene har, kan det være en utfordring for sykepleier å gi en helhetlig individuell og omsorgsfull sykepleie til hver enkelt pasient. Med det som utgangspunkt blir min problemstilling som følger: Hvordan kan sykepleier bidra til at kreftpasienter i terminalfasen opplever best mulig livskvalitet? For å finne svar på min problemstilling gjennomførte jeg en litteraturstudie. Ved å søke i skolens databaser fant jeg den nyeste forskning innen området, i skolens bibliotek fant jeg relevant litteratur og jeg tok i bruk pensumlitteraturen. Livskvalitet defineres som en subjektiv opplevelse, den faktor illustrerer behovet for individualisert behandling, pleie og omsorg for å oppnå best mulig livskvalitet. Å gi god sykepleie til en døende kreftpasient krever at både pasient og pårørende blir møtt med kompetanse og trygghet.

Abstract

My choice of topic is based on that cancer is the disease that takes most lives in Norway, after heart diseases. As much as 20% of all deaths due to cancer, and the number of cancer cases is increasing.

The vast majority of these patients die in hospitals. Research shows that patients experience having major problems such as pain and unnecessary problems as constipation and disorders of the oral cavity due to the treatment. Research also shows that patients will report on the spiritual needs insufficiently safeguarded. With such complex and urgent need for nursing as these patients have can be a challenge for nurses to provide a holistic individual and careful nursing of each patient. With the starting point is my problem as follows: How can nurses help cancer patients in terminal stages experiences the best possible quality of life? To find the answer to my problem I conducted a study of literature. By applying the school's databases, I found the latest research in the area, in the school library, I found the relevant literature, and I turned to the course literature. Quality of life is defined as a subjective experience, the factor illustrates the need for individualized treatment, care and concern for achieving the best possible quality of life. To give good nursing of a dying cancer patient requires that both the patient and their families are met with expertise and confidence.

*Hav, du som solblått smiler,
I drøymande stille fred,
Der mot kveld i seg sjølv du kviler,
medan sola i vest går ned:
Du har synt meg dei ljose strender,
Som ein gong gjennom blånar stig,
Når den siste seilassen ender,
og når segla i kveldsol sig.*

Fra "Hymne til havet" av Jakob Sande

Innholdsfortegnelse

1.1	Bakgrunn for valg av tema	7
1.2	Presentasjon av problemstilling	8
1.3	Avgrensing og presisering	8
1.4	Oppgavens disposisjon	8
2.	Begrepsmessige rammeverk	9
2.1	Kreft	9
2.2	Den terminale fase	10
2.2.1	Symptomer i den terminale fase	10
2.3	Palliativ behandling	12
2.4	Livskvalitet	13
2.5	Sykepleieteori	14
2.5.1	Et menneske til menneske forhold	14
2.5.2	Håpets betydning	14
2.5.3	Empati	14
3.	Metode	15
3.1	Litteraturstudiet som metode	15
3.1.1	Fordeler og ulemper med litteraturstudie	15
3.1.2	Etikk	15
3.2	Søkeprosess og valg av litteratur	16
3.3	Kildekritikk	16
4.	Tidligere forskning	17
5.	Drøfting	18
5.1	Smerte	18
5.1.1	Lindrende sedering	20
5.2	Fatigue	21
5.3	Kvalme	23
5.4	Obstipasjon	24
5.5	Munntørrhet	25
5.6	Pustebesvær	25
5.7	Åndelig omsorg	26
5.7.1	Det fysiske velværet	27
5.7.2	Psykososiale forhold	28
6.	Avslutning	31

1. Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Jeg har valgt mitt tema ut ifra den praksisen som har fengst meg mest, og som jeg har fått en helgestilling i under utdanningen. Å jobbe på kirurgisk gastroenterologisk avdeling er hektisk, noen ganger uoversiktlig, men alltid lærerikt og givende. Så mye som 90 % av pasientene har fått diagnosen kreft et sted i fordøyelsesorganene. På landsbasis er den gjennomsnittlige kreftpasient mellom 60-65 år. I år 2000 ble det rapportert 22 185 nye krefttilfeller i Norge (Reitan og Schjølberg, 2004). Det antas at minst 15 000 personer i Norge til enhver tid er i en palliativ situasjon på grunn av kreftsykdom. Blant kreftpasienter som dør av sin sykdom, vil 6 000 pasienter dø i løpet av første sykdomsåret. Pasienter med langtkommen kreft har ofte mange plager, og problemene kan være komplekse. Ofte er det en blanding av fysiske plager knyttet til sykdommen, behandlingen eller sekveler etter denne og de psykososiale konsekvenser som vil prege den palliative situasjonen. (Kvinnslund, 2001). Pasientene har stort behov for sykepleie. Som student på en avdeling hvor en driver med palliativ behandling møter en mange triste skjebner. En kan til tider lure på hvordan en selv kan utøve god sykepleie til hver enkelt pasient. Slik at pasienten har det best mulig på alle områder. Det er ikke uvanlig å gå hjem fra jobb med en følelse av at en ikke får gjort nok for pasienten. Som helt ny innen dette området vil det bli interessant for meg å se hva forskning og litteratur sier om hvordan sykepleier kan bidra til at pasienter føler seg godt ivaretatt når slutten nærmer seg.

Mitt ønske med denne oppgaven er at jeg skal lære mer om hva jeg som sykepleier kan gjøre som kan bidra til at pasienten opplever gode stunder, og at hver dag har en mening helt frem til siste dag. Hvordan kan jeg som sykepleier, hjelpe pasienten til å holde fokus på det som tross alt er positivt?

1.2 Presentasjon av problemstilling

Hvordan kan sykepleier bidra til at kreftpasienter i terminalfasen opplever best mulig livskvalitet?

1.3 Avgrensing og presisering

I denne oppgaven vil jeg begrense meg til å ha fokuset på hvordan pasienten har det de siste dagene i sitt liv, den terminale fasen.

Den pasientgruppen jeg er mest kjent med er pasienter som kommer til avdelingen for utredning av et problem i fordøyelsesorganene. Hos de pasientene som lider av uhelbredelig kreft ser man at etter hvert som sykdommen utvikler seg blir tiden mellom hver innleggelse blir kortere og kortere, og periodene de ligger inne blir lengre. Personalet på avdelingen blir etter hvert godt kjente med pasientene og deres familier. Det er disse pasientene jeg vil konsentrere meg om i min oppgave.

I oppgaven vil jeg kun ta med den behandling som er aktuell for terminale pasienter. Disse pasientene har ofte gått gjennom mange former for behandling tidligere i sykdomsfasen, men er nå i den situasjonen at palliativ behandling er den aktuelle behandlingsform. Av den grunn tar jeg ikke med tidligere former for behandling, symptomer eller årsaker til kreft. Jeg finner det naturlig å avklare kort hva kreft er og hvordan det oppstår i kroppen. I drøftingen vil jeg komme nærmere innpå de vanligste lidelser kreftpasienter i den terminale fase opplever, og som påvirker deres følelse av livskvalitet.

1.4 Oppgavens disposisjon

I andre del av oppgaven kommer den teori jeg har funnet relevant. Her blir også begrepene palliativ omsorg, terminal fase og livskvalitet definert. Travelbees sykepleieteori blir presentert her. Metoddelen handler om hvordan jeg har jobbet for å belyse min problemstilling. I oppgavens fjerde del kommer tidligere forskning med de artiklene jeg har brukt i min oppgave. Drøftingen kommer på slutten av oppgaven. Der tar jeg først for meg de vanligste fysiske plagene som kan gi nedsatt livskvalitet hos terminale kreftpasienter. Deretter kommer behovet for fysisk velvære og åndelig omsorg. En kort oppsummering avslutter oppgaven.

2. Begrepsmessige rammeverk

2.1 Kreft

Ordet kreft eller cancer brukes om ondartet, malign svulst, og karakteriseres av forstyrrelser i celledelingen, celledifferensieringen og vevsorganiseringen. Kreft er ikke en sykdom, men betegner en rekke sykdommer med ulike årsaker. Fellesnevneren er imidlertid alltid at cellene ikke lenger er underlagt kroppens normale vekstforhold (Jacobsen, Kjeldsen, Ingvaldsen, Lund & Solheim, 2006).

Kreft kan begynne spontant som et ledd i en serie med ulike former for cellulær skade i genene. Det kan videre bli fritt frem for en ukontrollert delingsaktivitet. Men for at kreft skal oppstå kreves det en rekke genskader i samme celle før en ondartet sykdom utvikles. Videre må de ondartede egenskapene videreføres til dattercellene før det gir opphav til sykdom hos den enkelte pasient. Veksthastigheten kan variere med at en kan se den vokse fra dag til dag, til tilsynelatende stillstand i flere år. Man vet ikke hvor lang tid den syke første cellen bruker til den er på en slik størrelse at den gir symptomer. Først når den er nådd en størrelse på 1 gram eller 1 cm i omkrets er det mulig å oppdage den ved vanlige undersøkelser som for eksempel røntgen. Da inneholder den allerede 1 milliard celler. Den er fremdeles vanskelig å oppdage, og gir heller ingen symptomer på dette stadiet (Reitan og Schjølberg, 2004).

Det er vanlig å bruke betegnelser som ”ondartet”, ”godartet” og svulst med ”usikker utvikling”. Kjennetegnet på en ondartet sykdom er at veksten vil være ukontrollert og ukoordinert i forhold til det normalvevet den utgår fra. Cellene vil etter hvert fortrenge og ødelegge det normale vevet. Kreftceller har også evne til spredning, og kan vokse inn i blodårer, lymfeårer eller i hulrom i kroppen og videre fraktes til nye steder der de fortsetter å vokse. Det er dette vi kaller metastasering eller spredning (Reitan og Schjølberg, 2004).

2.2 Den terminale fase

Cicely Saunders har definert terminalomsorg slik: ” *Tidspunktet for terminalomsorg, eller dødsomsorg, er inne når all aktiv behandling av pasientens sykdom ikke lenger har virkning, eller mening, i forhold til pasientens virkelige behov*” (Aakre 1993, s 230).

Helse og omsorgsdepartementet anslår at for uhelbredelig syke og døende kan betegnelsen terminal brukes der det er en forventet levetid for disse pasientene på opp til 9-12 måneder (NOU 1999;2).

2.2.1 Symptomer i den terminale fase

Ved uhelbredelig og langtkommen kreft kan pasienten lide av mange og sammensatte symptomer. De vanligste er smerte, fatigue, obstipasjon, kvalme, munntørrhet og pustebesvær (Ahlner-Elmqvist, 2004).

Smerte:

Smerte defineres som ” *en ubehagelig sensorisk og følelsesmessig opplevelse forbundet med vevsødeleggelse eller mulig vevsødeleggelse, eller beskrevet som en slik ødeleggelse*” (Kaasa og Borchgrevink, 2004 s. 294).

Hos kreftpasienter kan smertene komme fra selve krefttumoren, behandling og spredning av sykdommen og fra en kombinasjon av disse. Ved metastaser kan innvekst i nervevev eller spredning til skjellett gi sterke smerter. Ved kreft kan smertene være både av nevropatisk og nociseptiv karakter. Det er ikke uvanlig at kreftpasienter opplever både en grunnsmerte og gjennombruddsmerter (Rustøen, Torvik, Valeberg, Utne og Stubhaug, 2008).

Fatigue:

Fatigue blir som smerter definert som en subjektiv opplevelse. Fatigue er en tilstand ved ”en subjektiv følelse av økt ubehag og nedsatt funksjonskapasitet på grunn av redusert energi. Denne tilstanden av økt ubehag og nedsatt funksjonskapasitet kan oppleves som en tretthet eller svakhet som ikke forsvinner ved hvile eller søvn” (Schjølberg, 2004, s. 124).

Kvalme og oppkast:

Begrepet emesis dekker både kvalme, brekning og oppkast som kan opptre hver for seg, eller i kombinasjon med de andre. Kvalme og oppkast forekommer nesten like ofte som smerter hos pasienter med langtkommen kreft. Årsaken til emesis kan enten tilføres utenfra for eksempel høye doser med opioider, eller oppstå i kroppen under sykdom (Bjørge, 2004).

Obstipasjon:

Obstipasjon er en tilstand med sjeldne, uregelmessige, besværlige og ofte smertefulle avføringer. Noen ganger kombinert med uvelhet. Er problemet langvarig, kan det danne seg en hard fekal masse i endetarmen. Det foreligger da impaksjon som sekundært kan forårsake forstoppelsesdiaré. Forstoppelse forekommer ofte hos kreftsyke, selv når forebyggende tiltak er igangsatt (Bjørge, 2004).

Munntørrhet:

Munntørrhet er en følge av at munnhulen disponerer redusert mengde spytt. De vanligste symptomene fra munnhulen er tørre slimhinner, sår munn og slimhinner. Ved uhelbredelig kreft vil de fleste pasienter før eller siden oppleve munntørrhet, og mange får infeksjoner (Kaasa, 2004).

Pustebesvær:

Ved slutten av livet har et stort antall pasienter pustebesvær. Tilstanden er en subjektiv opplevelse som ikke kan måles. Tilstanden kan forverres av uro.

Behandlingen av symptomet ved langtkommen kreft skal være lindrende, og rettes mot årsaken. Imidlertid blir behandlingen ofte symptomatisk (Kaasa, 2004).

2.3 Palliativ behandling

Who definerer palliativ pleie slik: ” 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.” (WHO, 2010).

Videre skal palliativ pleie:

- Tilstrebe lindring av pleie og andre plagsomme symptomer
- Bekrefte livet, betrakter døden som en normal prosess
- Verken fremskynde døden eller utsette døden
- Integrere de psykiske og åndelige aspektene i pasientomsorgen
- Tilby et støttesystem for å hjelpe pasienten til å være så aktiv som mulig inntil døden
- Tilby et støttesystem for å hjelpe familien til å fungere best mulig under pasientens sykdomsperiode og død i deres eget miljø
- Omfavne, vektlegge livskvalitet og om mulig få en positiv innflytelse på sykdomsforløpet (WHO, 2010).

Ved palliativ behandling anvendes de samme prinsipper som ved kurativ behandling.

Hensikten med palliativ behandling er at den skal være livsforlengende, symptomforebyggende, symptomlindrende eller en kombinasjon av disse. Ved livsforlengende behandling er hensikten å bringe sykdommen under midlertidig kontroll. I enkelte tilfeller kan en få sykdommen til å gå tilbake for kortere eller lenger tid. Noen ganger kan hensikten være å forhindre svært smertefulle plager, og ikke nødvendigvis forlenge livet. I alle tilfeller der det finnes behandling som gir mulighet for helbredelse vil pasienten få tilbud om dette. Dessverre er dette ofte urealistisk, og behandlingens målsetning vil da være å lindre. Bortimot 70 % av pasientene med nyoppdaget kreft vil få behandling med ”kurativ intensjon”. Med det menes at en i utgangspunktet prøver å helbrede, men bare tiden vil vise om en klarer det (Jacobsen ”et al”, 2006).

2.4 Livskvalitet

Interessen for begrepet livskvalitet ble for alvor vekket i 1970-80 årene innen medisin og sykepleie. Hanestad mener at den økte interessen for livskvalitet kan være at begrepet vekker positive assosiasjoner. Uansett situasjon og fremtidsutsikter er det alltid noe man kan gjøre for å bedre pasientens livskvalitet. Livskvalitet innebærer å inkludere og vektlegge hele pasientens liv. Betydningen av å ta utgangspunkt i pasientens egen opplevelse av sitt liv understrekes (Rustøen, 2001).

Siri Næss sier at livskvalitet ikke er en spesifikk fornemmelse slik som smerte eller sult, men en helhetlig tilstand, en syntese av behag og ubehag, glede og nedstemthet, av gode og vonde følelser (Kaasa, 2004).

Peplau hevder at livskvalitet er synonymt med velvære, og inkluderer alle aspekt ved tilværelsen. Hun sier videre at livskvalitet er individets egen oppfatning som er nært relatert til behov, og det fremheves at andre spiller en sentral rolle i å hjelpe pasienter til å møte viktige behov. Hun mener også at livskvalitet er et bevegelig mål, og ikke en statisk tilstand. Dette målet reflekterer forholdene i et menneskes liv og varierer med de omgivelsene en til enhver tid befinner seg i. Peplau hevder at livskvalitet er primært en subjektiv ide som er avhengig av tid og sted (Rustøen, 2001).

2.5 Sykepleieteori

Oppgaven bygger rundt sykepleiefilosofien Joyce Travelbee. Travelbee vektlegger den mellommenneskelige prosessen der sykepleier *”hjelper enkeltindividet, familien eller samfunnet til å forebygge eller mestre sykdom og lidelse og om nødvendig å finne mening ved sykdom og lidelse”* (Travelbee, 1999, s. 29).

2.5.1 Et menneske til menneske forhold

Travelbee hevder at den profesjonelle sykepleiers oppgave er å etablere et menneske til menneske forhold til pasientene, og ikke bare et sykepleier -pasient forhold. En profesjonell sykepleier danner målbevisst dette forholdet og opprettholder det. Hun sier videre at sykepleie er en mellommenneskelig prosess, fordi det handler om møte mellom medmennesker. Kjentegnet på disse opplevelsene er at individets, familien eller samfunnets behov blir ivaretatt av en sykepleier som har evne til og bruker en disiplinert intellektuell tilnæringsmåte til problemer samtidig som hun bruker seg selv terapeutisk. Med profesjonell sykepleie mener Travelbee at en har det teoretiske grunnlaget, er i stand til å tenke, bruke fakta, begreper og prinsipper i omsorgen for andre (Travelbee, 1999).

2.5.2 Håpets betydning

”Håp har nær sammenheng med tillit og utholdenhet. Med tillit menes den trygge troen på at andre mennesker er i stand til å yte hjelp i nødens stund, og at de sannsynligvis vil gjøre det” (Travelbee, 1999, s. 42).

En grunnleggende tenkning hos Travelbee er at sykepleier hjelper syke mennesker til å oppleve håp for å mestre sykdom og lidelse. Selv de som aldri kommer til å gjenvinne sin helse trenger håp for å oppleve følelsen av livskvalitet. Håpet karakteriseres ved et ønske om å nå fram til eller oppfylle et mål. Håpet knyttes til forventningen om at andre vil hjelpe og er sterkt relatert til avhengighet av andre (Travelbee, 1999).

2.5.3 Empati

Empati er evnen til å leve seg inn i eller ta del i og forstå den andres psykiske tilstand i øyeblikket. I følge Travelbee viser sympati og medfølelse seg gjennom sykepleiers grunnleggende trang eller et ønske om å lindre pasientens plager (Travelbee, 1999).

3. Metode

Vilhelm Aubert (1985) definerer metode slik:

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

3.1 Litteraturstudiet som metode

Den metoden som blir valgt er redskapet i møtet med det som undersøkes, hvordan vi får informasjonen vi trenger til det som skal undersøkes (Dalland, 2007).

Min oppgave er en litteraturstudie, jeg skal finne litteratur gjennom å søke i pensumlitteratur, tilgjengelig litteratur innen området og relevant forskningslitteratur.

Hensikten med en litteraturstudie er i følge Forsberg og Wengstrøm å gjøre en beskrivende bakgrunn som motiverer for at en empirisk studie gjennomføres. Eller slik det er aktuelt for meg, få satt seg inn i hvilken kunnskap som finnes innen et område. Jeg skal gjøre et litteraturstudie inspirert av systematisk litteraturstudie. Det betyr at jeg skal besvare en problemstilling. Forutsetningene for dette er i følge Forsberg og Wengstrøm at det finnes tilstrekkelig antall studier av god kvalitet som kan legge grunnlaget for vurdering og konklusjon (Forsberg og Wengstrøm, 2008).

3.1.1 Fordeler og ulemper med litteraturstudie

Fordelen med en litteraturstudie er at det finnes mye litteratur, og at jeg blir kjent med den forskning som er gjort innen området. Ulempen kan være at en kun har tilgang til en begrenset mengde relevant forskning og at ulike eksperter innen samme område kan komme frem til ulike resultater (Forsberg og Wengstrøm, 2008).

3.1.2 Etikk

Jeg vil være oppmerksom på om artiklene er referibedømt og om de er godkjent av etisk komité før jeg velger ut de som skal brukes. Metoden som er brukt skal komme godt frem, samt de etiske vurderingene og refleksjoner rundt valg av metode (Dalland, 2007). Før publisering skal artikkelen gjennom kritisk gransking. Dette gjennomføres av fagfolk i det aktuelle tidsskriftet for å vurdere om artikkelen er god nok for publisering (Forsberg og Wengstrøm, 2008).

3.2 Søkeprosess og valg av litteratur

Måten jeg har gått frem for å finne aktuell forskningslitteratur på er å søke i skolens databaser. Søkeordene jeg har brukt er: quality of life, terminal care og cancer. Ved å bruke disse på Pro Quest fikk jeg opp 19 artikler med det som på dette stadiet i oppgaven kan se ut som aktuell forskning for min oppgave.

Videre har jeg brukt søkeord som: livskvalitet, terminal pleie, kreft, håp, lidelse...

I søk på Vård i Norden med søkeordene livskvalitet og terminal pleie fikk jeg opp 3 artikler som er aktuelt for meg å bruke. Etter å ha lest og sortert ende opp med seks artikler som jeg vil bruke i oppgaven.

Jeg har gått gjennom litteratur på skolens bibliotek for å finne aktuell litteratur i forhold til min problemstilling. På BIBSYS ask fikk jeg ved å velge emne kreft opp 305 treff. Jeg la til søkeordet livskvalitet og fikk med det 35 treff. Her fant jeg både Kaasa og Rustøen som jeg har valgt å bruke. Disse fant jeg svært relevante da de er skrevet av eksperter som leger og kreftsykepleiere med erfaringer innen området. Jeg har valgt å bruke en del pensumlitteratur, da denne er av ny dato. Her finner jeg en del grunnleggende teori som er svært relevant i forhold til terminal pleie.

3.3 Kildekritikk

I mine søk etter artikler var det mye å velge mellom innen emnet. Det er skrevet og forsket mye om kreftpasienter og livskvalitet. Men det som slår meg allerede tidlig i søkene er at hos de fleste er det allerede gitt svaralternativer i målingsinstrumentene. Få har gjort som Cohen og Leis (2002) i sin studie, der svaralternativene er åpne og pasienten får selv sette ord på hva som er livskvalitet for han. Fenomenet jeg tar opp i min oppgave er pasientnært, og det er derfor viktig at pasienten selv får sette ord på hva som gir økt livskvalitet for han. På dette grunnlag har jeg valgt at denne artikkelen er svært relevant for min oppgave. Jeg har forsøkt å finne artikler som spanner over hele min problemstilling. Av disse artiklene er fire engelske og to norske. Jeg har lagt vekt på å bruke litteratur som er av ny dato. Det vil si ikke eldre enn 10 år. Dette fordi innen medisin og helse skjer det stadig nye oppdaginger og det er derfor viktig å holde seg oppdatert på det nyeste innen forskning og litteratur.

4. Tidligere forskning

I artikkelen Den omsorgsfulle sykepleier – Slik pasienter ser det, finner Kvåle (2006) hva pasienten legger vekt på for at en sykepleier betraktes som omsorgsfull. Pasientene i denne studien var innlagt på en kreftavdeling. Det at pasienten opplever pleien som omsorgsfull er av betydning for hvordan sykepleier kan bidra til at pasienten har en følelse av livskvalitet.

Thorsnes og Brataas, (2008) har gjort en kvalitativ fortolkende studie av samtaler mellom pasienter og kreftsykepleiere. Jeg finner den relevant for sykepleiere uten videreutdanning også, da det i denne studien kommer tydelig frem hvordan sykepleiere kan oppmuntre til at pasienter forteller sin historie. Det kommer også frem hvordan de ved å kun fokusere på behandling og pleie ikke er åpne for at fortellinger skal bli til.

Kwon et al., (2006) har gjort en studie av hvilke symptomer som forringer terminale kreftpasienter livskvalitet mest. De ønsket å finne ut hvilke symptomer som var de viktigste, for at helsepersonell som jobber med terminale pasienter effektivt kunne hjelpe pasienten å lindre disse symptomene.

Rowlands (2008) har gjort en kvalitativ studie av hvordan miljøet påvirker livskvaliteten til pasienter med langtkommen kreft. De la vekt på om pasientene hadde enerom, visuell kontakt med natur, sosial støtte og god kommunikasjon med pleiepersonalet, og hvordan dette hadde innvirkning på pasientenes følelse av livskvalitet.

Prince-Paul (2008) intervjuet 8 terminale kreftpasienter for å finne ut hvilken betydning det sosiale samværet med de pårørende har for pasientenes livskvalitet mot slutten av livet. Hvordan kan sykepleier hjelpe til i å ordne opp i dårlige relasjoner, og om pasientene syntes de fikk tilbud om denne hjelpen fra sykepleier.

5. Drøfting

En av de største utfordringene en sykepleier stilles overfor er pleien av en døende pasient. Omsorgen står i sentrum og sykepleieren kommer svært nær pasienten. Det kreves innlevelsesevne, kunnskap, fantasi, kreativitet og innsikt i hva det innebærer å være alvorlig syk og å pleie et døende menneske (Ahlner-Elmqvist, 2004). For helsepersonalet er utfordringen å møte pasienter med en livstruende sykdom.

Pasientens behov skal kartlegges både medisinsk, psykisk, sosialt, eksistensielt og menneskelig. ”*En skal ikke behandle en kreftsvulst, men en skal behandle pasienten som er rammet av kreftsykdommen*” for å oppnå dette stilles det krav til kontinuerlig kontakt med pasienten under hele behandlingsperioden. Vi plikter også å gi psykisk støtte til pasientens nære pårørende. Dette krever et tverrfaglig samarbeid med mange involverte spesialiteter og kompetanseområder (Jacobsen et al., 2006).

Det er dokumentert i flere studier at pasienter med langtkommen kreftsykdom ofte har mange plager samtidig. Noen av plagene kan være direkte forårsaket av kreftsykdommen, mens andre kan være bivirkninger etter bruk av opioider (Kaasa, 2004).

5.1 Smerte

For å forstå pasientens smerteproblem må en tenke bredt, da det er sjelden slik at smerten er endimensjonal. I f. f. punkt 2.2.1 har pasienten ofte et komplekst smertebilde som krever at man går detaljert til verks. Det er vist at ved angsttilstander øker smerter. Det er nødvendig med forståelse for dette i behandlingen av vanskelige sammensatte smertetilstander (Kaasa og Borchenvink, 2004).

Det er individuelt hvordan det perifere nervesystem reagerer på smertestimuli, og smerteopplevelsen blir spesiell for hvert menneske. Den individuelle smerteopplevelsen og mangel på et felles ”smertespråk” gjør at det er vanskelig å kommunisere om smerte, og det kan lett oppstå misforståelser mellom pasient og behandler. Pasientens egne utsagn sammen med subjektive målemetoder er det som benyttes i daglig klinisk praksis. Selv om smerte er individuell er sammenligning av forskjellige smertekarakteristika mellom pasient og pasientgrupper viktig for å øke vår kunnskap om smerte, og videre bedre behandlingsresponsen hos den enkelte, og evaluere behandlingsmetodene (Bjørgero, 2004). Iflg. Kaasa er det godt dokumentert at dagens smertebehandling ikke er god nok (Kaasa, 2004).

Smertetrapp er et middel til standardisering av behandlingen. I utgangspunktet har trappen tre trinn, disse innebærer peroral behandling, men mange velger å supplere med et fjerde trinn for parenterale eller invasive behandlingsformer (Knutstad, 2008). WHO har utarbeidet behandlingsprinsipper der det skal gis smertestillende med fast dosering etter klokka, analgetika gis per os, og en skal følge smertetrappen. WHO anbefaler at hvis pasienten debuterer med spesielt sterke smerter, bør man starte på andre trinn, kanskje tredje og starte direkte med morfin. De hevder at den vanligste feilen er en altfor avventende og passiv bruk av opioider (WHO: Statens legemiddelverk, 2001). En visuell analog/ skala er et måleinstrument der pasienten opplyser hvor på skalaen han ligger i forhold til smerter. Resultatene journalføres etter et standardisert opplegg. Metoden har vist seg å være pålitelig, men gir begrenset beskrivelse av pasientens flerdimensjonale smerte (Kaasa, 2004).

Gode sykepleierinteraksjoner her er observasjon av pasienten. Er pasienten smertepåvirket ved mobilisering eller ved sengeleie? Sykepleier bør også bestrebe å være litt i forkant, da smerter er lettere å lindre i starten enn når de er blitt sterke. Her er kommunikasjon og informasjon av stor betydning. Pasienten må informeres om smertelindring og at han ikke må utsette å gi beskjed når han kjenner smertene komme. Andre viktige sykepleietiltak for å lindre smerte er god grunnleggende sykepleie. Godt sengeleie, hjelp til god hygiene og et rent sykerom kan medvirke til at pasienten føler seg mer vel. Beroligende musikk kan hjelpe til med å redusere angst som igjen kan påvirke graden av smerte.

5.1.1 Lindrende sedering

”Med lindrende sedering til døende menes medikamentell reduksjon av bevisstheten for å lindre lidelse som ikke kan avhjelpes på annen måte” (Materstvedt, 2006).

Hensikten med lindrende sedering er i følge Materstvedt (2006) å få kontroll over gjenstridige eller uregjerlige symptomer. Pasienter som trenger lindrende sedering er pasienter som befinner seg i en fryktelig situasjon med uutholdelige symptomer. Dette er et vanskelig område innen pleie av pasienter i den terminale fase. I en kirurgisk avdeling er det som regel sykepleier som utfører medisineringen etter legens ordre. Mye beror på hennes observasjoner av pasientens tilstand, da det oftest er sykepleier som har mest kontakt med både pasient og pårørende. I de tilfeller der kommunikasjonen med pasienten ikke lenger er mulig, er den informasjon de pårørende mottar av stor betydning. Det å frata pasienten bevisstheten den siste tiden er inngrep i den personlige frihet, pasienten kan ikke lenger foreta autonome valg eller oppleve verden rundt seg. Han er også avskåret fra kontakt med pårørende.

Innen palliativ pleie er livskvalitet kjerneverdien, og det overordnede mål for alle behandlingstiltak. Hvordan stemmer så lindrende sedering sammen med livskvalitet?

Materstvedt (2006) sier om dette at i et valg mellom onder er lindrende sedering det minste. For pasienten kan behandlingen fortone seg som ”et største gode”. Han mener at et nasjonalt tilbud om lindrende sedering vil være i tråd med de 4 prinsippene for helseetikk:

Behandlingen skal være velgjørende, den skal forhindre at pasienten skades, respekterer pasientens autonomi når samtykke kan innhentes, og at behandlingen skal være rettferdig. Rettferdighet betyr her at ikke geografisk tilhørighet eller ressursituasjon skal være avgjørende for tilgang på behandling (Materstvedt, 2006).

Rowlands (2008) kom frem til i sin undersøkelse at mange pasienter har et stort behov for å kommunisere med pårørende den siste tiden de har igjen. Flere hevdet at det viktigste for dem var å få ordne opp i dårlige forhold og opplevelser. De hadde behov for å ha de nærmeste rundt seg, få gitt uttrykk for kjærlighet og delta i sosiale aktiviteter.

5.2 Fatigue

Pasientene selv beskriver fatigue som ”*trøtthet, svakhet, energiløshet, utmattethet, døsigheit, depresjon, konsentrasjonsvansker, utilpasshet, asteni, kjedsomhet, søvnighet og mangel på konsentrasjon*” (Schjølberg, 2004, s. 124).

I sykepleiernes terminologi inngår begrepet, men uten et klart meningsinnhold. For kreftpasienter er problemet fatigue et velkjent fenomen. På grunn av problemene med å definere tilstanden blir det en utfordring å skille mellom hva som forårsaker fatigue og hvordan det kommer til uttrykk og følgene det får for pasienten. Det man vet er at tilstanden er et av de vanligste symptomene knyttet til kreft og kreftbehandling. I behandlingen av kreft ser man at fatigue har en tendens til å øke. Etter hvert som sykdommen forverrer seg, forverres også symptomene på fatigue. Det kan se ut til at de tiltakene som var nyttige i tidlig stadiet av sykdommen for å motvirke fatigue ikke lenger virker når sykdommen utvikler seg. Det er sammenhenger mellom fatigue og fysiologiske konsekvenser av sykdommen. Disse omfatter komplikasjoner som smerte, dårlig appetitt og kvalme. Mekanismer som kan forårsake fatigue er opphoping av intercellulære avfallstoffer, stoffskifteprodukter og nedbrytingsprodukter fra kreftsvulst etter behandling. Emosjonelt stress kan også gi fatigue (Schjølberg, 2004).

Kwon et al., (2006) kommer frem til i sin artikkel at hos terminale kreftpasienter er smerte det vanligste symptomet. Men fatigue er det symptomet som forstyrrer kreftpasienters livskvalitet mest. De sier videre at kreftrelatert fatigue må derfor vies mer oppmerksomhet av helsepersonell, og at problemet må behandles korrekt.

Fatigue blir ofte undervurdert av leger og sykepleiere. Sutcliffe og Holmes (1996) viser til en undersøkelse der sykepleiere og leger kun i 9 % av tilfellene rapporterte til fatigue som et problem, mens av pasienter ble det i 49 % nevnt som hovedproblemet. For å fange opp pasientens situasjon blir ofte spørreskjema benyttet. Det finnes måleinstrumenter der fatigue er tatt med som et av områdene som kartlegges. Dette gjelder noen av de instrumentene som måler livskvalitet, men de instrumentene som har til hensikt å måle fatigue er få, og lite standardisert (Schjølberg, 2004).

Når en skal kartlegge pasientens plager, spesielt terminale pasienter, skal en imidlertid være observant på at en ikke sliter pasienten unødige ut. Min erfaring med pasienter i den terminale fase er at de ikke tåler så mange spørsmål. Noen av måleinstrumentene krever at man skal fylle ut skjemaene 2 ganger daglig, ofte morgen og kveld. Pasienter som sliter med fatigue blir fort utmattet og har dårlig konsentrasjon. Sykepleier bør da vurdere om det er dette pasientens krefter skal bli brukt på, og om ikke tilstanden kan observeres uten alle spørsmålene, slik at pasienten kan bruke sine krefter til det som er av verdi for han. Schjølberg hevder at det er viktig for kreftpasienter å økonomisere den tilgjengelige energien, og konsentrere seg om det som pasienten ser på som viktig (Schjølberg, 2004). Samtidig gir disse måleinstrumentene viktige indikasjoner på effekt av behandling, og hvilke tiltak som må evalueres og igangsettes. Cohen og Leis (2002) kom frem til i sin artikkel, at standardiserte måleinstrumenter som måler livskvalitet ikke ville avsløre den enkeltes behov. Derimot kan de gi en pekepinn på livskvaliteten i større grupper.

5.3 Kvalme

Kvalme og oppkast har mange negative konsekvenser for pasienten. Foruten de fysiske konsekvensene som mangelfull ernæringsinntak og tap av elektrolytter, går dette ut over pasientens sosiale situasjon. Tilstanden er svært utmattende, og pasienten blir kraftløs. Livskvaliteten blir sterkt redusert. Før man setter i gang behandling mot kvalme bør man prøve å finne årsaken til symptomene.

Dette kan være vanskelig, da det ofte, og spesielt hos pasienter med kort forventet levetid kan være mange årsaker til tilstanden. For disse pasientene kan en ventrikkelsonde være avgjørende for å opprettholde en rimelig god livskvalitet. Ofte ønsker pasienter med langtkommen sykdom å kunne spise. Sykepleier bør gi råd om små og hyppige måltider og tilby mat som pasienten har lyst på. Pasienten bør unngå mat med sterk lukt og mye krydder. For noen pasienter kan det være lettere å få i seg mat som er moset, supper eller iskrem. Rommet bør være godt luftet og personalet og pårørende bør være forsiktige med bruk av bl.a. parfyme, da dette kan utløse sterke kvalmereaksjoner hos pasienten (Kaasa, s. 2004).

Kald mat ofte er lettere å spise enn varm mat og at hyggelige omgivelser stimulerer til matlyst. Pasientene bør få bestille ønskekost og et lite glass rødvin til maten kan gjøre det lettere å spise (Varre, 2004). Jeg har selv erfart at ønskekost bidrar til å øke pasientens matlyst. De pårørende kan også engasjeres her, dersom for eksempel pasienten skulle ønske rødvin til maten. Pasienter i den terminale fase har ofte pårørende hos seg mesteparten av tiden. Det er et godt tiltak å kunne tilby den pårørende å spise sammen med pasienten. Sykepleier tilstreber å gjøre måltidet så hyggelig som mulig med servietter og det som måtte være mulig å skaffe på en sykehusavdeling.

5.4 Obstipasjon

Den viktigste årsaken til obstipasjon ved langtkommen kreft er opioider som morfin og kodein. Disse påvirker den normale fysiologien i tarmen ved å hemme peristaltikken i både tynn- og tykktarm. Tømmingen av magesekken forsinkes, og refleksene i fordøyelsesorganene hemmes. Samtidig skjer det en økning av absorpsjonen av vann og elektrolytter fra tarmen. Andre årsaker til obstipasjon kan være redusert væskeinntak, fiberfattig kosthold, immobilisering, nedstemthet og forsømt forebyggelse og behandling av obstipasjon (Kaasa, 2004). Obstipasjon kan ha alvorlige følger for pasientens livskvalitet. Ofte betyr dette en ny plage i tillegg til flere andre som kreftpasienter har. Sterke obstipasjonssmerter og luft smerter er vanlig. Samler avføringen seg, eller beveger seg i motsatt retning kan dette resultere i ventrikelreseksjon, kvalme og oppkast. Dette gir videre redusert appetitt og anoreksi. Obstipasjonsdiare kan resultere i at situasjonen mistolkes og gal behandling iverksettes (Kaasa, 2004).

Kreftpasienten som får store mengder smertestillende medikamenter skal ha avføringsmiddel profylaktisk. Sykepleier må også informere og oppmuntre til at pasienten drikker rikelig og spiser slaggkraftig kost (Varre, 2004). Ottesen vektlegger gode kostråd sammen med mest mulig mosjon. Han sier videre at kjenner pasienten defekasjonstrang, skal ikke toalettbesøket utsettes, og pasienten må gis god tid på toalettet (Ottesen, 2004).

For pasienter som ligger på en sykehusavdeling kan det bety flere problemer med magefunksjonen. De kan være avhengige av hjelp for å komme til toalettet både på grunn av den fysiske formen og fordi infusjoner pågår og de har mange løse deler koblet til seg. Et annet problem kan være at pleiepersonell ikke er tilstede når behovet melder seg, pasienten må vente og defekasjonstrangen går over. For pasienten kan det da være av stor betydning at sykepleier har en rolig opptreden og viser at hun har tid når hun er inne på rommet med pasienten, og at hun ofte tilbyr å følge pasienten på badet. For pasienter som ikke lenger klarer å komme seg på badet, kan bekken i sengen eller bleie kjennes svært problematisk. Sykepleiers opptreden vil ha betydning for hvordan pasienten mestrer dette. Pasienten må også her gis god tid. Disse pasientene bør også på grunn av dette problemet ha enerom slik Rowlands (2008) fant i sin studie. Sykepleier bør informere om at hun går ut, og kommer tilbake så snart pasienten ringer.

Dersom pasienten har vedvarende forstoppelse må en ta i bruk rektale tiltak. I palliativ medisin kan rektale tiltak være helt nødvendig, men man skal vise stor forsiktighet da det kan foreligge reel mekanisk stopp i tarmen. I noen tilfeller kan manuell uthenting være nødvendig. Dette kan være en smertefull opplevelse for pasienten. En skal derfor ha intravenøse analgetika og sedativer tilgjengelig, og pasientens respirasjon skal overvåkes under prosedyren (Reitan og Schjølberg, 2004).

5.5 Munntørighet

Ofte har munntørighet hos kreftpasienter flere samtidige årsaker. Plagene kan komme av medikamenter og bivirkninger fra disse, dehydrering, strålebehandling og kjemoterapi. Munnpusting og redusert tygging kan gi munntørighet, og det kan komme som følge av ulike infeksjonstilstander. Munntørighet fører med seg nedsatt appetitt og redusert inntak av føde. Det er også ofte en medvirkende årsak til infeksjoner og nedsatt sosial funksjon (Kaasa, 2004).

Munnstell er første behandling uansett årsak. I flg. Kaasa (2004) er behandling av munnhulen et forsømt område både hos leger og sykepleiere, på tross av de store plagene de gir pasienten. Noen ganger har pasientene skader fra tidligere behandlinger som fører til smerter når de spiser eller drikker. Dette problemet er noe vi ofte ser på kirurgisk avdeling. Et tiltak som har vist seg å ha god effekt er en drikk som blandes på avdelingen av xylocain og fløte, denne lammer og smører midlertidig munnhulen og svelget slik at pasienten klarer å spise. Tilstander som soppinfeksjoner må utelukkes og eventuelt behandles. Pasienten bør alltid tilbys drikke før sykepleier går i gang med andre tiltak eller vil ha en samtale med pasienten. Dette fordi det kan være ubehagelig for pasienten å kommunisere hvis han er tørr eller har dårlig smak i munnen.

5.6 Pustebesvær

I den siste tiden kan pasienten ha flere typer problemer med åndedrettet. Dyspne, som er en subjektiv opplevelse av å ha pusteproblemer, tachypnoe som er dyp respirasjon og en tilstand lege eller sykepleier observerer. I tillegg har vi i f. f. punkt 2.2.1 sterke psykiske komponenter og angst som gjør at pasienten puster overflatisk. Behandlingen retter seg alltid mot årsaken, men hos døende blir oppgaven å behandle symptomene palliativt. Morfin er det vanligste medikamentet mot pustevansker.

Oksygenbehandling er en mye diskutert behandling i disse tilfellene. Husebø og Husebø hevder at for døende pasienter som ikke tidligere har hatt behov for oksygen, ikke vil ha behov for dette nå heller. De sier også at uro og angst kan forårsake pustebesvær, og da må dette være fokus for behandlingen. God informasjon vil være nødvendig. Sideleie med hevet overkropp vil ha effekt på respirasjonen. Pasienten bør vendes hver 4 time, og hodet må ikke være bakoverbøyd, da tungen kan falle bakover i svelget. Puter under overarmene har god effekt på pustearbeidet. Ellers vil god utlufting av rommet påvirket situasjonene positivt (Husebø og Husebø, 2002).

5.7 Åndelig omsorg

Å hjelpe til en verdig og fredfull død har alltid vært betydelig del av sykepleie. I arbeide med kreftpasienter møter en pasienter av alle aldre og i alle ledd av helsetjenesten. For å kunne bidra til å redusere omfanget av pasientens lidelser når de står overfor dødens virkelighet kreves det personlig og faglig kompetanse. Sykepleiers holdning til døden vil bli avspeilet i forholdet hun har til døende pasienter og deres pårørende. Disse holdningene vil også være avgjørende for hvordan hun ivaretar den døendes livsmuligheter og tilrettelegger for en verdig dødssituasjon når den tid kommer (Sæteren, 2004).

”Det krever mot å engasjere seg i andres lidelse. Å være døende er å bevege seg i lidelsens rom. I dette rommet trenger pasienten og pårørende medvandrere som har den nødvendige distanse for å kunne hjelpe” (Travelbee, 1971, I: Sæteren, 2005, s 180).

Det kan være vanskelig å fastslå tidspunktet for når et menneske skal dø. Sæteren hevder at det viktigste uansett er å stimulere pasienten til å leve de dagene han har igjen å leve. Å leve med kreft, for til slutt å komme i den situasjon at døden er det eneste alternativet, får dyptgripende konsekvenser for hele mennesket. Både kroppslig, sjelelig, åndelig og sosialt. Åndelige og psykososiale problemer som frykt og angst, sammen med følelsen av meningsløshet og ensomhet er ofte dødens følgesvenner og gir pasienten store lidelser. Sykepleierens overordnede mål blir å lindre denne lidelsen ved å ivareta pasientens fysiske, psykiske, sosiale og åndelige behov (Sæteren, 2004).

Når pasienten når dette stadiet er ofte sykepleieren den som er den primære omsorgspersonen. Dette gjør at hennes erfaring og evne til å tolke pasientens symptomer og behov er en nødvendig kunnskap. Hun må vise nærhet og inngi det håpet som pasienten søker, ikke for å helbrede, men for å lindre. Helhetlig omsorg blir nøkkelordet her. Hovedoppgaven blir å gi pasienten best mulig livskvalitet frem til døden inntre (Ahlner-Elmqvist, 2004)

5.7.1 Det fysiske velværet

Så lenge som pasienten klarer det, utfører pasienten selv den fysiske egenomsorgen, da dette bidrar til en opplevelse av kontroll og mestring. Realiteten i kroppens forfall kan være vanskelig for pasienten og pårørende å forholde seg til. Det kan være en sterk påminnelse om at tiden er begrenset. Sykepleier bør derfor hjelpe pasienten og de pårørende til å forholde seg til forandringene som skjer. Det er ikke alltid slik at en verdig død er en estetisk død. Sykepleier kan ikke ta bort lidelsen de fysiske forandringene gir, men sykepleiers opptreden sammen med pasient og pårørende kan redusere lidelsen. Etter hvert som sykdommen utvikler seg vil behovet for hjelp i stell, også munnstell være avgjørende for pasientens velvære. At stellet utføres med varsomhet er en kjærlighetsgjerning som bidrar til å gi pasienten bekræftelse på at han fremdeles lever (Sæteren, 2004).

Pasienten kan komme til det stadiet at han ikke lenger kan gi uttrykk for sine behov. For de pårørende kan det være godt om sykepleier viser dem hvordan de kan bidra og gjøre noe for pasienten.

Eksempler på dette kan være fukte munnen med fuktpinner, klut på pannen, ikke være redd for å ta på pasienten og gi dem bekræftelse på at pasienten fremdeles kan høre dem og vet at de er der.

Kvåle sier at pasienter beskriver god omsorg som individualisert, pasientfokusert og opptatt av deres behov. Sykepleieren er nær, bryr seg og har kjennskap til den enkelte pasient. Den gode omsorgen viser seg ved sykepleierens væremåte og den letter pasientens byrder (Kvåle, 2006).

5.7.2 Psykososiale forhold

Selv om hvert menneske er unikt og reagere på sin måte på det å skulle dø, er det allikevel visse reaksjoner man kan gjenkjenne, og som kan brukes som et kunnskapsgrunnlag for helsepersonell. De forskjellige reaksjonene en ofte ser er fornektelse, sinne, kjøpslåing, depresjon og til slutt akseptasjon.

Fornektelse kan være med på å redusere den overveldende angsten som døende pasienter kan oppleve. Denne reaksjonen kan være til hjelp til at pasienten gradvis venner seg til sannhetens virkelighet. Fornektelse er gjerne hyppigere i begynnelsen av sykdomsforløpet enn i slutten. Sykepleier må respektere den indre tilstand som pasienten er i, og pasientens forsvar skal behandles med stor varsomhet (Sæteren, 2004).

Sinne er en vanlig reaksjon på urettferdighet, men ofte blir sinne omgjort til en kamp for å overleve. Ved sykdom som utvikler seg og ikke lenger kan helbredes, kan sinnet gi utslag som raseriutbrudd, misunnelse eller bitterhet. Pasienten retter sinnet mot de som er der, og det er ofte de pårørende eller pleiepersonell. Det kan være vanskelig å forholde seg til dersom disse ikke forstår at sinnet skyldes redsel. Det er viktig at de pårørende får informasjon om sinnets opphav, og at det ikke skyldes dem. Det kan også være at pasienten opplever seg krenket av personell eller pårørende. Det er da viktig å ta tak i det og få gjort noe med det som fremkaller sinnet. Sykepleier bør nærme seg pasientens sinne med en lyttende og forståelsesfull holdning. Føler pasienten seg bekreftet kan dette åpne for samtale om sinnets underliggende årsaker (Sæteren, 2004).

Håpets betydning blir beskrevet av Travelbee i punkt 2.2.1 Kjøpslåing er en aktivisering av håp og kan gi pasienten noe å kjempe for som kan holde ham oppe. Eksempelvis at pasienten vil se datteren gifte seg, konfirmere seg. Man har sett flere tilfeller der håp tyder på å ha en livsforlengende effekt. Kjøpslåing med løfter om forbedret livsførsel kan være uttrykk for skyld. Det er derfor viktig å lytte til den eventuelle underliggende mening kjøpslåing har for pasienten, for å gi han hjelp om det er ubearbeidet skyld som ligger bak (Sæteren, 2004).

Depresjon er ofte knyttet til erkjennelsen av tap. Det kan være direkte følbare tap knyttet til det å leve med en dødelig sykdom og det kan være knyttet til tap som ligger i fremtiden. Begge typer karakteriseres av sorg tristhet og indre smerte. Sykepleier må ikke minimalisere denne sorgen. Pasienten trenger mennesker som har evne til innlevelse og forståelse, for å få satt ord på og bevisstgjort sin egen sorg. Enkelte kan trenge psykiatrisk behandling (Sæteren, 2004).

Thorsnes og Brataas (2008) har gjort en studie der det kommer frem hvordan sykepleier kan hjelpe pasienten til å fortelle sin historie. De hevder at ved å sette ord på situasjonen de er i og fortelle om tidligere opplevelser og hendelser, kan pasienten utvikle en ny mening som fremmer mestring.

Det å komme frem til en forsoning med å skulle dø er en lang prosess. En vedvarende holdning av akseptasjon ses ofte bare helt på slutten av livet. Pasienten er da ofte døsig, trøtt og sover mesteparten av tiden. Han mister mer og mer interessen for omverdenen og det ser ut som han klargjør seg til å dø. Det ser ut som samvær uten ord og fysisk kontakt er det beste for pasienten. Denne tiden kan være vanskelig for de pårørende som må gi slipp på den de har kjær. De vil trenge hjelp for å klare å støtte den døende samtidig som de må se døden i øynene (Sæteren, 2004).

Sæteren hevder at alle pasienter har behov for og rett til å bli behandlet med respekt og verdighet uansett de reaksjoner og uttrykksformer de tar i bruk. Hun sier også at den døende bestemmer selv hva som er en verdig død for ham, og må få aksept og støtte for det (Sæteren, 2004).

Skal sykepleier fremme livskvalitet for pasienten forutsetter dette at hun vet hvilke ønsker pasienten har. Undersøkelser viser at de fleste pasientene ønsker å ha de nærmeste hos mest mulig. Det er mange grunner til at disse pasientene skal prioriteres når enerom skal fordeles. Her er det mulig at de pårørende kan være sammen med pasienten hele tiden. En ekstra seng kan kjøres inn slik at de også kan sove der. Omsorgsfull og helhetlig sykepleie inkluderer også å ta seg godt av de pårørende (Prince-Paul, 2008). Ikke bare gjør dette de pårørende godt, men jeg har erfart at pasienter som er slitne og svært reduserte setter pris på å se de pårørende godt ivaretatt. Det kan se ut som pasienten som ligger i sengen setter pris på å høre de pårørende og sykepleier ha gode dialoger, her må en selvsagt ta hensyn til at ikke pasienten føler seg oversett eller at en prater ”over hodet” på han. Livskvalitet er som vi tidligere har definert en individuell opplevelse. For at sykepleier skal kunne bidra til økt livskvalitet krever dette ikke bare gode ferdigheter, men også at hun tar sin kreativitet i bruk. Sykepleier må prøve å se lenger enn de begrensingene en har på en sykehusavdeling, og heller se på hva som kan la seg gjøre. Travelbee sier at å kjenne en pasients dagdrømmer kan være nyttige grunnlag for sykepleieintervensjoner, det gir en kjennskap til pasientens dypeste lengsler (Travelbee, 1999).

Jeg her komme med et eksempel der sykepleier strakk seg langt for å imøtekomme pasientens siste ønske. Pasienten det er snakk om hadde ingen pårørende, men han hadde en hund som var alt for han. Ved å inkludere flere klarte hun å ta rede på hvor hunden var, og klarte å legge tingene til rette for at pasienten hadde hunden hos seg de siste timene selv på en sykehusavdeling. Dette var for denne pasienten livskvalitet på slutten av livet.

6. Avslutning

Mennesket vil alltid være avhengige av hverandre, behovet for dette tydeliggjøres sjelden sterkere enn når et menneske er døende. Uttrykk for avhengigheten kan komme gjennom livsytringer som tillit, talens åpenhet, håp og barmhjertelighet. God omsorg til døende er dypest sett er å tyde de livsuttrykkene pasienten og de pårørende gir. Og til enhver tid å imøtekomme disse slik at det vonde blir mindre vondt, og omfanget av pasienten og pårørendes lidelse blir redusert (Sæteren, 2004). De siste dager og timer vil fokuset være å lindre, og å skape forutsetninger for at pasienten skal leve siste del av sitt liv med mest mulig verdighet og integritet (Husebø og Husebø, 2003).

Arbeidet med denne oppgaven har gitt meg en større innsikt i det omfattende behovet for sykepleie terminale kreftpasienter har. Jeg ser at det kreves erfaring for å bli god innen dette området. Men også personlige egenskaper som en grunnleggende interesse for andre, og et ønske om å gjøre godt er nødvendig for at pasienten skal få den beste pleien mor slutten av sitt liv. Jeg ser på denne oppgaven som en begynnelse på noe jeg kunne tenke meg å arbeide videre med som sykepleier.

Referanser

- Ahlner-Elmquist, M. (2004). Pasientpleie ved avslutningen av livet. I:Kaasa, S. (Red.), *Palliativ behandling og pleie*. (s. 595-611). Oslo; Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Bjørge, S. (2004). Smerte og smertebehandling. I: Reitan, A. M & Schjøberg, T. Kr (Ed.), *Kreftsykepleie Pasient – utfordring – handling* (s 139- 155). Oslo: Akribe Forlag.
- Cohen, R. S & Leis, A.(2002). What Determines the Quality of Life of Terminally III Cancer Patients from Their Own Perspective? *Journal of Palliative Care*, 18(1), 48-58.
- Dalland, O. (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo; Gyldendal Norsk Forlag.
- Den Norske Lægeforening. *Retningslinjer for lindrende sedering til døende*. (2001). Hentet 20. 01. 10. fra: <http://legeforeningen.no/id/3943>
- Forsberg, C. & Wengstrøm, Y. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Natur og Kultur.
- Husebø, S. B. & Husebø, S. (2002). *De siste dager og timer – behandling, pleie og omsorg ved livets slutt*. Oslo: MEDLEX Norsk Helseinformasjon.
- Jacobsen, D., Kjeldsen, E. S., Ingvaldsen, B., Lund, K. & Solheim, K. (2006). *Sykdomslære Indremedisin, kirurgi og anestesi*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Koteng F.H, & Gjertsen E (1993) *omsorg for døende kreftpasienter i hjemmet – Utfordringer og tiltak*. Den Norske Kreftforening. (Brosjyre). Oslo, nr 1/1993
- Kvinnslund, S. (2001:02). Hvilken plass har palliativ behandling i helsevesenet? Statens Legemiddelverk. *Terapianbefaling: Palliativ behandling på sykehus og i hjemmet*. Statens legemiddelkontroll. Oslo: publikasjon 2001:02.

Kvåle, K. (2006) Den omsorgsfulle sykepleier – slik pasienten ser det. *Vård i Norden* 1/2006. Publ. NO. 79 Vol. 26

Kwon, C. Y, Yun., H. Y, Son, Y. K., Lee, H. K., Son, Y. K., Park, M. S., Chang, J. Y. et al. (2006). Symptoms in the Lives of Terminal Cancer Patients: Which Is the Most Important? (Elektronisk Artikkel) *Oncology*; 71: 69-76.

Materstvedt, L. J. (2006) Lindrende sedering – problem eller plikt? *Tidsskriftet Den Norske Lægeforening* 2006; 126: 430.

Mæland, G. J. (2005). *Forebyggende helsearbeid i teori og praksis*. Oslo; Universitetsforlaget.

NOU. (1999) ; 2. *Livshjelp*. Hentet 10.02.2010. fra:

<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/nouer/1999/nou-1999-2/5.html?id=141465>

Nome, O. (2004). Generell onkologi. I: Reitan, A. M & T. Kr. Schjølberg (Ed.), *Kreftsykepleie Pasient- utfordring –handling* (s. 272-292). Oslo: Akribe Forlag.

Ottesen, S. (2004). Forstoppelse. I: Reitan, A. M. og Schjølberg, T. Kr (Ed.), *Kreftsykepleie Pasient – utfordring – handling* (s. 485-493). Oslo: Akribe Forlag.

Prince-Paul, M. (2008). Understanding the Meaning of Social Well-Being at the End of Life. *Oncology Nursing Forum*, 35. NO 3, 365-370.

Rowlands, J. (2008). How does the environment impact on the quality of life of advanced cancer patients? *Palliative Medicine*, 22, 768-774.

Rustøen, T. (2001). *Håp og livskvalitet – en utfordring for sykepleieren?* Oslo; Gyldendal Norsk Forlag AS.

Rustøen, T. & Klopstad Wahl, A. (Red.) (2008). *Ulike tekster om smerte – Fra nociepsjon til livskvalitet*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Schjølberg, T. Kr. (2004). Fatigue. I: Reitan, A. M. og Schjølberg, T. Kr (Ed.), *Kreftsykepleie Pasient – utfordring – handling* (s. 124-130). Oslo: Akribe Forlag.

Schjølberg, T. Kr. (2008). Sykepleie til pasienter med kreft. I; Knutstad, U. (red.), *Sykepleieboken 3.* (s 81-130). Oslo: Akribe AS.

Thorsnes, L. S. & Brataas, V. H. (2008). Narrativer i samtaler mellom kreftsykepleier og pasient. *Vård i Norden* 4/ 2008. Publ. No. 90 Vol. 28

Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie.* Oslo; Universitetsforlaget AS.

Varre, P. (2004). utfordringer ved kjemoterapi. I: Reitan, A. M. og Schjølberg, T. Kr (Ed.), *Kreftsykepleie Pasient – utfordring – handling* (s. 115-138). Oslo: Akribe Forlag.

Verdens helseorganisasjon. (2010). *Definition of palliative Care.* Hentet 07.01.10 fra: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>