



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

VURDERINGSINNLEVERING

Emnekode: SYKSB3001

Emnenavn: Sykepleie, forskning og fagutvikling
(Bacheloroppgave)

Vurderingsform: Bacheloroppgave

(mappe, hjemmeeksamen..)

Kandidatnr: 15

Leveringsfrist: 22.02-2013

Ordinær eksamen eller kontinuasjon: Ordinær

Fagansvarlig : Anita Moen



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

Kreft, smertelindring i palliativ fase



Antall ord: 8533

Bacheloroppgave i sykepleie, kull 2010

Stord, 2013

Sammendrag

Tittel og problemstilling: Tittelen på oppgaven er Kreft, smertelindring i palliativ fase. Har valgt problemstilling til hvordan man kan utøve sykepleie til kreftpasienter i palliativ fase, som ønsker å være hjemme den siste tiden.

Bakgrunn: Temaet ble valgt på bakgrunn av samhandlingsreformen. Etter den tredje i kraft, har det blitt stilt store krav til sykepleier og kunnskap om kreftpasienter blir viktig.

Hensikt: Målet med denne studien er å skaffe en dypere forståelse om hvordan man møter pasienten som er i en palliativ fase, med tanke på smertelindring i hjemmet.

Materiale og metode Oppgaven skriver som et systematisk litteratur studium. Det ble i hovedsak gjort søk i Cinahl, med hovedvekt på søkeordene: *cancer, palliative care, medication og pain management*.

Konklusjon: Et felles kjennetegn for døende er smerte, kreftpasienter har 4x mer smerter enn andre uheldelig syke pasienter. Palliativ omsorg har som mål at pasientene skal oppleve god livskvalitet. For kreftpasientene var det viktig med god smertekontroll for å oppleve god livskvalitet. Dersom pasienten ønsker å være hjemme den siste tiden, er det avgjørende med pårørende som støtter dette og er tilstedeværende. Man er også avhengig av kommunehelsetjenesten og et tverrfaglig team er å anbefale. Det anbefales å kartlegge hvordan pasienten vanligvis tolererer smerter. Gjennom et ESAS skjema vil man få en oversikt over pasientens smerter. Det anbefales også å ta i bruk alternativ behandling samtidig som man får medikamenter, eksempler på dette, som har gitt god effekt er akupunktur og sykepleier støttende omsorg.

Nøkkelord Kreft, palliativ, smertelindring

Abstract

Background: The palliative care has a goal to ensure that the patient should have a good quality of life. Since the “*samhandlingsreformen*” in 2009, nurses now face higher knowledge demands to manage palliative patients in home care services. Therefore, the title of this thesis is *Cancer - pain relieving palliative care*. The issue in this thesis is how we can practice palliative nursing for cancer patients who wants to stay at home the last days of their life.

Aim: The aim of this study is to gain a deeper understanding of how nurses can meet the patient is in a palliative phase, in terms of pain relief at home.

Materials and methods: This thesis is a systematic literature study based on Cinahl searches, focusing on the keywords: cancer, palliative care, medication and pain management.

Conclusion: Cancer patients have 4x stronger pain than other dying patients. A dying man's perception of quality of life is to be painless. Pain control is therefore important to secure quality of life in palliative patients. It is recommended to determine how patients usually tolerate pain. Through an ESAS form you will receive an overview of the patient's pain. According to research, alternative treatment also has good pain relief effect and is well tolerated. If the patient wants to be home the last time of his life, it is crucial to have relatives who support them and shows that they are there for the patient. Palliative patients will need homecare services, and a multidisciplinary team is recommended.

Key words: cancer, palliative, pain relief

Innhold

1.0 Innledning.....	1
1.1 Introduksjon.....	1
1.2 Bakgrunn for valg av tema.....	1
1.3 Valg av problemstilling.....	1
1.4 Avgrensinger og presiseringer.....	2
1.5 Målet med oppgaven.....	2
1.6 Oppbygging av oppgaven.....	2
2.0 Teoretiske perspektiver.....	3
2.1 Sykepleie teoretiker.....	3
2.2 Palliativ omsorg og samarbeid med pårørende.....	4
2.3 Hjemmesykepleie og tverrfaglig samarbeid.....	4
2.4 Yrkesetiske retningslinjer.....	5
2.5 Kreft og smertebehandling.....	5
3.0 Metode.....	8
3.1 Definisjon av metode.....	8
3.2 Forskningsetiske vurderinger.....	9
3.3 Litteratur søk.....	9
3.4 Kildekritikk.....	12
3.5 Kritisk vurdering av artikler.....	12
4.0 Resultat.....	13
4.1 Presentasjon og sammendrag av resultat.....	13
4.2 Oppsummering av resultat.....	16
5.0 Drøfting.....	17
5.1 Palliativ omsorg i hjemmet - pårørende som ressurs.....	17
5.2 Hjemmesykepleie og tverrfaglig samarbeid i den palliative fasen.....	19
5.3 Kartlegging av smerter i palliativ kreft behandling.....	22
5.4 Ikke medikamentell behandling til kreftpasienter i palliativ fase.....	23
6.0 Avslutning.....	25
Referanseliste	
Vedlegg 1	
Vedlegg 2	

1.0 Innledning

1.1 Introduksjon

I 2010 ble det i Norge rapportert inn 28 271 nye tilfeller av kreft, 53% av tilfellene var menn og 47% kvinner (Ursin, 2012). Tallene fra 2008 viser at det da var 26 000 nye tilfeller i Norge (Almås, Stubberud, Grønseth, 2010, bind 2 side 401). Som man ser er det en økning i antall nye krefttilfeller registrert hvert år, bare på to år. Både økning i antall nye krefttilfeller og levealder gjør at det nå stilles store krav til sykepleietjenesten, da spesielt kommunehelsetjenesten. Da samhandlingsreformen kom i 2009, ble det lagt stor vekt på at pasientene skulle bli behandlet så nært hjemmet som mulig. Det betyr at det i tiden vil være behov for dyktige sykepleiere i kommunetjenesten for å håndtere der i blant ulike kreftdiagnoser (Almås et al, 2010 bind 2 side 401). Et symptom som er felles for de fleste kreft- diagnosene er smerte. Smerte antas å komme til 40- 50 % av pasientene, ved langtkommen kreft uttrykker 70- 80% at dem trenger behandling for sine smerter. Smerte i kreftsammenheng, kan ofte bli tolket som en type smerte og man kan ha lett for å gi en ”standard” smertelindring. Pasienter med kreft har ofte flere smerter samtidig og kan trenge svært forskjellige behandlinger eller en slags kombinasjonsbehandling (Almås, et al 2010, bind 2 side 407).

1.2 Bakgrunn for valg av tema

Oppgaven baseres på min interesse for kreft og smertelindring. Jeg har valgt å ta utgangspunkt fra min praksiserfaring på emnet. Etter samhandlingsreformen ble satt i verk, har økning av kreftpasienter i kommunehelsetjenesten økt. Som sykepleier kommer man borti problemstillingen daglig, spesielt palliative pasienter og kunnskap om emnet blir viktig. Ved å velge denne problemstillingen, kan man få en dypere forståelse av hvordan smertelindring til kreftpasienter i palliativfase foregår.

1.3 Valg av problemstilling

Hvordan kan man utøve sykepleie til cancer pasienter, som er i den palliative fasen, og som ønsker å bo hjemme den siste tiden.

1.4 Avgrensinger og presiseringer

Problemstillingen avgrenses til voksne pasienter i alder over 50 år, i palliativ fase av sin kreftsykdom. Palliativ fase vil i dette tilfelle være den fasen hvor all kurativ behandling er avsluttet, og man tar sikte på god omsorg og livskvalitet den siste fasen. Det blir lagt fokus på hjemme boende pasienter som mottar hjemmesykepleie. Det vil være lite fokus på ulike medikamenter som blir brukt i denne fasen. Denne problemstillingen, vil gi en bedre innsikt i hva som kan gjøres i forhold til å få best mulig opplevelse av smertelindring i hjemmet. Smertelindring vil være hovedfokuset i oppgaven. Oppgaven skrives med et sykepleie faglig fokus. Den sykepleie faglige biten vil være administrering av legemidler som er forskrevet av lege, samt opprettholde pasientens livskvalitet. Livskvalitet handler om ”det gode liv”. Det tar for seg psykologiske og sosiale aspekter ved tilværelsen (Mæland, 2010, side 24).

1.5 Målet med oppgaven

Målet med denne oppgaven er å få en dypere kunnskap om hvordan vi som sykepleiere møter pasienten i den palliative fasen med tanke på smertelindring i hjemmet. Ved å gjøre et systematisk litteratur studie, vil man få utvidet kunnskap om emnet og få en dypere forståelse av smertelindring i hjemmet, til kreftpasienter i palliativ fase.

1.6 Oppbygging av oppgaven

Oppgaven er inndelt i 6 kapitler. Det første kapitlet tar for seg innledning, med bla. bakgrunn for valg av tema og problemstilling. Det andre kapitlet tar frem teorien. Jeg vil da komme med relevant teori som kommer igjen i drøftingen i kapittel 5. Metodekapitlet vil komme som nummer tre. Her vil det stå litt om hva et litteratur studie er, og hvordan jeg har kommet frem til relevante artikler som blir presentert i kapitel 4. Det femte kapitlet vil være drøfting. Her blir det en diskusjon av nyere forskning og teoretiske perspektiver opp mot problemstillingen min. I drøftingsdelen vil jeg også komme med egne erfaringer der det er mulig og om det har relevans for oppgavens problemstilling. Til slutt kommer en kort konklusjon (kap 6) som svarer på oppgavens problemstilling.

2.0 Teoretiske perspektiver

2.1 Sykepleie teoretiker

Denne oppgaven bygger på Virginia Henderson sin sykepleieteori. Virginia Henderson mener at sykepleie er

”Sykepleierens særegne funksjoner å hjelpe personen, syk eller frisk i utførelsen av de gjøremål som bidrar til god helse eller helbredelse (eller til en fredfull død), noe han ville gjort uten hjelp om han hadde hatt tilstrekkelige krefter, kunnskaper og vilje, og å gjøre dette på en slik måte at personen gjenvinner uavhengighet så fort som mulig” (Kirkevold, 2003 s 101)

Henderson er blant de få forfattere som eksplisitt nevner sykepleierens ansvar for mennesker i palliativ fase (Kristoffersen et al, 2006 bind 4 side 35). Denne teorien er aktuell for oppgavens problemstilling fordi den ønsker å hjelpe pasienter til å utføre de gjøremål som bidrar til god helse, helbredelse av smerter eller til en fredfull død. Opplevelse av ivaretakelse og trygghet kan ha mye å si for hvordan man opplever det at man har en alvorlig uhelbredelig sykdom. Sykepleie må ta utgangspunkt i pasientens oppfattning av ulike behov og hvordan de best kan tilfredstilles, for å oppnå det vedkommende oppfatter som god helse, helbredelse eller en fredfull død (Kirkevold, 2003, side 102). I Kirkevold, (2003) beskrives også sykepleie som ansvar for å hjelpe pasienten til gjennomføre de medisinske tiltak som er forskrevet. Henderson har skrevet ned 14 punkter som hun mener er sykepleieren jobb å hjelpe pasienter med. Av de punktene har punkt 10, 14 mest relevans for oppgavens problemstilling. Disse vil komme mer frem i drøftingsdelen. Henderson understreker at hver og en pasient har krav på en individuell pleie og omsorg:

[Sykepleieren] kan bare hjelpe den syke med de gjøremål som bidrar til å sette ham i en tilstand som betyr helse for ham -, tilfriskning fra sykdom – for ham -, eller det som – for ham – er en god død.

(Kristoffersen et al, 2006 bind 4 side 36)

10- å få kontakt med andre og gi uttrykk for sine egne behov og følelser

14- å lære det som er nødvendig for god helse og normal utvikling

(Kristoffersen et al, 2006, bind 4 side 36)

2.2 Palliativ omsorg og samarbeid med pårørende

Palliativ omsorg har som mål å forbedre livskvaliteten til pasienter og pårørende som ”venter” på døden. Den retter fokus mot velvære og velbefinnende. Dette fordi at når pasienten er kommet i palliativ fase, er ikke helbredelig behandling lengre mulig. Målet er å gjøre livet så godt som mulig den tiden pasienten har igjen å leve. Sentralt i palliativ omsorg er å redusere smerte og lidelse (Birkeland, Flovik, 2011 side 103). I palliativ fase er samarbeid mellom hjemmetjeneste og pårørende viktig. Familien i dette tilfelle blir kalt den uformelle, mens sykepleier blir den formelle omsorgsperson. Et slikt samarbeid er avgjørende for god pleie hjemme. En sykepleier har mer kunnskap for å se om pasienten er smertelindret nok, samtidig kan pårørende komme med viktig informasjon om dagen i forhold til planlagte aktiviteter og smerter, dersom pasienten ikke klarer å gi uttrykk for dette selv (Birkeland og Flovik, 2011 side 102).

2.3 Hjemmesykepleie og tverrfaglig samarbeid

Hjemmesykepleie er et tilbud for at pasienter skal klare å mestre hverdagen i sitt eget hjem så lenge det er forsvarlig og ønskelig. Pasientene kan da trenge hjelp til å få dekket sine grunnleggende behov som for eksempel, hygiene, ernæring, å puste, få sår stell og hjelp til medikamentell behandling (Birkeland og Flovik, 2011 side 20). I hjemmebaserte tjenester, er et tverrfaglig samarbeid å anbefale. Et tverrfaglig samarbeid betyr at selv om hver yrkesgruppe og virksomhet har hver sitt ansvarsområde, må de ulike fagpersonene samarbeide bra, slik at pasientene kan få et effektivt og helhetlig helsetilbud. Tverrfagligsamarbeid kan også leses som et samarbeid om den totale behandlingen av pasienten, der ulike yrkesinstanser er representert (Birkeland og Flovik, 2011 side 167).

2.4 Yrkesetiske retningslinjer

Sykepleier som profesjon bygger på verdien: respekt for grunnleggende menneskerettigheter, barmhjertighet og omsorg. Mange profesjoner har sin egen profesjonsetikk- dette kalles yrkesetiske retningslinjer. Slike profesjoner bygger på etiske prinsipper og allmenn moral (Tranøy 1998, I Brinchmann 2008 s18). Etikken bygger på fornuft, plikter, regler, normer, følelser, erfaring, faglig skjønn og retningslinjer. NSF- Norsk sykepleier forbund skriver i forordet til sine yrkesetiske retningslinjer fra 2007 at de skal være sykepleierens viktigste verktøy i møte med etiske dilemmaer. Retningslinjene skal også være veldig anvendbare og lovlig i klinisk praksis og ovenfor myndighetene. Som sykepleier har du makt til å ta vare på andre menneskers liv og livsmuligheter. De fleste mennesker har stor tillit til sykepleierne (Brinchmann, 2008 side 98 og 99). Oppgavens problemstilling trekkes mot noen av retningslinjene som er nedskrevet i Brinchmann, 2008 side 102-104, men stammer fra NSF(2007):

1.0 Sykeleier ivaretar den enkelte pasients verdighet og integritet, herunder retten til helhetlig sykepleie, retten til å være medbestemmende og retten til ikke å bli krenket.

1.8 Sykepleier har ansvar for en sykepleie praksis som lindrer lidelse og bidrar til en verdig død.

3.3 Sykepleier erkjenner grenser for egen kompetanse, praktiserer innenfor disse og søker veiledning i vanskelige situasjoner.

2.5 Kreft og smertebehandling

Smerter er den mest fryktede plagen ved kreft sykdom. 40-50 % av dem som får kreft får også smerter. Hos pasienter som har spredning til skjelettet, som for eksempel brystkreft, prostata kreft og lunge kreft, vil smerteproblemet være størst. Pasienter med kort sykdomsforløp vil ha mindre smerter enn dem som har mer fremskreden sykdom. Det er viktig at man behandler pasienten for de symptomene på smerte som kommer. Ulik kreftform kan gi ulike smerter og det vil kreve ulik behandling. Smertene kan oppstå akutt eller være kroniske. Pasienter med uhelbredelig kreftsykdom har ofte kroniske smerter med akutte smertetilfeller. De akutte smertene kan være vanskelige å behandle medikamentelt, og varer i ca 5-10 min.

Kreftsykdommen kan også gi andre plager som liggesår, obstipasjon, mucositt, herpes, muskelatrofi. Disse plagene kan også gi pasienten sterke smerter dersom man ikke behandler

dem i tide. Psykiske reaksjoner som stress er også følger av kreften som kan gi pasienten reelle smerter. Den psykiske smerten er en reaksjon på den livssituasjonen pasienten og dens pårørende er kommet i (Almås et al, 2010, bind 2 side 407-408). I kreftbehandlingen er det viktig med god pasient- sykepleier relasjon. Sykepleier må møte den kreftrammende og hans pårørende med empati, respekt og mot. HÅPET er viktig. Det er sykepleiers oppgave å opprettholde håpet hos denne pasientgruppen og deres pårørende. Håpet kan endres over tid, fra håp om å bli frisk, til håp om å være smertefri eller klare en spesiell begivenhet (Almås, et al.,2010 bind2 side 401-402). For å skape trygghet til pasienten er det viktig at du som sykepleier viser at du har kunnskap om situasjonen du trer inn i. Dersom man danner avtaler med pasienten, må man følge opp slik at pasienten føler seg trygg på personalet. En studie, viser at pasientene mente verdighet og integritet var en viktig faktor i kreftomsorgen (Almås, et al, 2010 bind2 side 410).

I behandling av smerter er det alltid pasientens opplevelse av situasjonen som må være utgangspunktet. Sykepleier har ansvar for å kartlegge pasientens totale smerte og beskrive evt endringer over tid. For å skape en god smertekontroll, er det viktig å avklare med pasienten tidlig i forløpet hvor stor smerteterskel han eller hun har og hvilke tanker pasienten har for behandling. For å kartlegge smerter hos kreftpasienter, er det vanlig å bruke VAS skala, ESAS skjema og/ eller kroppskart. Smertekartlegging før behandlingsstart gir utgangspunktet for å evaluere effekten av behandlingen (Almås et al 2010, bind 2 s 412). Et ESAS (Edmonton Symptom Assessment System) skjema vil kunne kartlegge flere symptomer samtidig. I Norge er ESAS symptomskjema en kvalitetskoordinator for palliativ behandling. For å bruke skjemaet, må pasienten svare på en del spørsmål. Det blir gitt en tall karakter 0-10, der null er ingen plager og ti er verst tenkelige plage. ESAS skjema gir kun to konkrete spm om smerter: smerte i ro, og smerte i bevegelse. Slapphet, kvalme, tung pust, munntørrhet, matlyst, angst/ uro, depresjon er andre symptomer som blir karakterisert. Ofte opptrer disse symptomene samtidig og forsterker smerteopplevelsen (Kaasa og Loge 2007, Kompetansesenter i lindrende behandling Helseregion Vest 2006, Ottesen 2007., i Almås et al 2010, bind 2 side 412).

Smertelindring kan foregå medikamentelt og ikke medikamentelt. Den ikke medikamentelle biten er vel så viktig som den medikamentelle. Eksempler på slik behandling kan være musikk, massasje, akupunktur, avledning og avslapningsteknikker. Ofte blir disse brukt sammen med medikamentell behandling. Disse metodene virker angstdempende og reduserer stress, som igjen reduserer pasientens smerteopplevelse. Ofte ser man at ved muskelsmerter, blir det brukt fysioterapi, akupunktur, aromaterapi og kulde/ varme behandling som en del av behandlingen (Frid mfl. 2006, Nesvold og Fosså 2002, Kärki mfl. 2009, Nesvold mfl. 2009, i Almås et al 2010, bind 2 side 423). En annen ikke medikamentell behandling er *kognitiv adfersterapi*. Personlighet, læring, forståelse av egen situasjon, hvilke forventinger man sitter inne med, er alle psykologiske mekanismer som virker inn på smerteopplevelsen. Ved kroniske smerter har kognitiv adferds terapi vist seg å ha god effekt. Kognitiv adferds terapi går ut på å endre pasientens tanke mønster, for å øke pasientens kunnskap om sin egen mestrings evne. Pasienter med høy mestrings evne tilpasser seg smertene bedre enn dem med lav mestrings følelse. Dem rapporterer også inn mindre smerter, mindre grad av fysiske og psykiske symptomer og har også bedre livskvalitet (Kaasa 2007b, Nortvedt og Rustøen 2008, Valeberg og Wahl 2008, i Almås et al 2010 bind 2 side 423).

Legeforeningen (2012) har laget retningslinjer for symptomlindrende behandling. Disse retningslinjene retter seg mest mot kreftpasienter, men behandlings-prinsippene kan som regel bli brukt på annen langtkommen uhelbredelig sykdom også. Palliativ behandling, har fokus på lindring av pasientens fysiske smerte og plagsomme symptomer. Målet med behandlingen er best mulig livskvalitet for pasienten og han pårørende. Retningslinjene understreker at bruk av ulike verktøy for å registrere smerteintensitet, -karakter, - og lokalisasjon er viktig. Dette er også viktig for å evaluere behandlings effekten, for eksempel ved bruk av ESAS skjema og ulike smertekart. Et utdrag av retningslinjene blir lagt ved som vedlegg. Har valgt ut dem som har størst relevans for oppgaven. (vedlegg 1)

3.0 Metode

3.1 Definisjon av metode

Metode er en fremgangsmåte for å frembringe kunnskap eller etterprøve påstander som fremsettes med krav om å være sanne, gyldige eller holdbare. En metode forteller oss om hvordan vi bør gå til verks for å fremskaffe eller etterprøve kunnskap (Dalland, 2007 side 83). Denne oppgaven er bygd opp med systematisk litteraturstudie som metode:

Et litteraturstudie innebærer å systematisk søke, kritisk granske og sammenfatte litteratur innenfor et emne eller problemområde (Forsberg og Wengström2008 side 34)

Det systematiske litteraturstudiet bør fokusere på aktuell forskning innenfor det valgte problemområdet. Litteraturen utgjør informasjonskilden og redegjør for data som bygger på vitenskapelige tidsskriftartikler, eller andre vitenskapelige artikler (Forsberg og Wengström2008, side 34).

Et systematisk litteratur studie baserer seg på kvalitativ og kvantitativ metode. Den kvantitative metoden har en fordel ved at den former informasjonen sin ut fra målbare enheter som gir oss mulighet til bla finne gjennomsnittet og prosenter av en større mengde. Den kvalitative metoden tar mer sikte på å fange opp meninger og opplevelser som ikke lar seg tallfeste eller måle (Dalland, 2007 side 84) Den kvalitative metoden kalles også for forskningsprosedyre som gir beskrivende data. Disse dataene som kommer frem, er menneskers egne skrevne eller talte ord og observerbare adferd (Olsson, Sörensen, 2009 side 68). I denne oppgaven er det med tre kvalitative studier, som vil være med å svare på oppgavens problemstilling. En av studiene baserer seg på dokumentert informasjon fra avdøde pasienter sine journaler. Det ble også valgt ut 1 mix metodh artikkel.

3.2 Forskningsetiske vurderinger

Etikk handler om regler og normer for god og dårlig oppførsel. Etikk skal gjøre at vi får en liten veiledning og vurderer handlinger, før man utfører dem. Forskning må ikke skje på bekostning av enkeltpersoner, for at man skal finne ny kunnskap om ulike emner. Etisk komitee legger stor vekt på beskyttelse av forsøkspersoner, derfor er det ulike retningslinjer på forskning (Dalland, 2007 side 234-235). For at en forskning skal bli godkjent må den godkjennes av forskningsetisk komitee (Olsson og Sörensen, 2003 side 60). Studiene som ble valgt for å svare på oppgavens problemstilling er alle blitt godkjent av etisk komitee, eller etisk gransket gjennom kunnskaps senteret sine nettsider. Forsberg og Wengstrøm (2008) s77 sier: I et litteraturstudie skal man velge studier som har fått godkjenning fra etisk komitee eller der man viser at man har etisk gransket forskningen. Man skal også kunne redegjøre for søk på alle artiklene som inngår i litteraturstudien, samt at de skal arkiveres i 10 år. I et litteraturstudie skal man presentere alle resultat som støtter hypotesen eller ikke støtter den. Resultatene fra artikkel søkene vil bli presentert i neste kapittel.

3.3 Litteratur søk

Jeg begynte med å se etter retningslinjer innenfor oppgavens problem område. For å lete etter dem, gikk jeg inn på helsebiblioteket.no sine sider. Trykte så inn på emnet kreft og videre inn på retningslinjer for lindrende behandling. Jeg fant flere som kunne være av interesse, men valgte å bruke denne: *Palliasjon- Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen*, Helsedirektoratet, 2010 hentet 10.01.13. Dette er hentet fra legeföreningen.no - som jeg vil referere til i teksten og referanselisten.

Videre skulle jeg finne forskningsartikler. Jeg begynte å søke i Chinal som database. Der brukte jeg søkeordene Cancer, nurse, palliative care, home care, pain medication, analgesic (vist i tabell1). Dette søket gav meg tilslutt 27 artikler. Av dem valgte jeg ut en som passer for oppgavens problemstilling *Pain control at the end of life: a comparative study of hospitalized cancer and noncancer patients*. (Steindal, Bredal, Sørbye, Lerdal, 2011)

Tabell 1	Søk i Cinahl 4.1-2013 valg artikkel nummer 5 på søk s6 <i>Pain control at the end of life: a comparative study of hospitalized cancer and noncancer patients.</i>		
<u>Søke id</u>	<u>Søkeord</u>	<u>Avgrensinger</u>	<u>Resultat</u>
S1	Cancer And Nurse And Palliative care	2002-2012	155
S2	cancer AND nurse AND Palliative care	fulltext+ 2002-2012, middle aged 45-64 years	40
S3	cancer AND home care AND Palliative care	Fulltext+ 2002-2012	193
S4	cancer AND home care AND Palliative care	Fulltext+ 2002-2012, middle aged 45-65years	82
S5	cancer AND home care AND pain medication	Full text + 2002-2012	5
S6	Palliative care And cancer And Analgesic	Fulltext+ 2002-2012	27

Søket fortsetter i Cinahl. Denne gang med samme søkeord som i forje tabell: Cancer, palliative, medication og endte opp med 48 artikler vist i tabell 2. Valgte nummer 20, *Analgesic effect of paracetamol on cancer related pain in concurrent strong opioid therapy. A prospective clinical study.* (Axelsson, Stellborn, Ström, 2008)

Tabell 2	<u>Søk i Cinahl 18/12- 2012</u> <u>Artikkel nummer 20 på søket s4</u> <i>Analgesic effect of paracetamol on cancer related pain in concurrent strong opioid therapy. A prospective clinical study.</i>		
<u>Søke id</u>	<u>Søkeord</u>	<u>Avgrensinger</u>	<u>Resultat</u>
S1	Cancer		113,430
S2	cancer AND Palliative		5,646
S3	cancer AND Palliative AND medication		141
S4	cancer AND Palliative AND medication	Full text	48

Søkte videre i Cinahl med ordene pain, medication og nurse. Søket gav så mange treff og ingen artikler jeg ville ha, så endret søket litt til pain management, end of life. Dette gav 52 artikler, men med full tekst artikler var jeg nede i 19 artikler (tabell3) . Jeg valgte da artikkel nummer 2: *Is there a role for acupuncture in the symptom management of patients receiving palliative care for cancer? A pilot study of 20 patients comparing acupuncture with nurse-led supportive care.* (Lim, Wong, Aung 2011)

Tabell	Søk i cinahl 7/1- 2013		
3	Artikkel nummer 2 på søket s3 <i>Is there a role for acupuncture in the symptom management of patients receiving palliative care for cancer? A pilot study of 20 patients comparing acupuncture with nurse-led supportive care.</i>		
Søke id	Søkeord	Avgrensinger	Resultat
S1	Pain AND medication AND nurse		233
S2	Pain management AND end of life AND nurse		52
S3	Pain management AND end of life AND nurse	Full text 2003-2012	19

Det siste søket jeg gjorde i Cinahl ble gjort om litt underveis. Jeg søkte først på pain, medication and nurse, så søkte jeg på pain management, end of life and nurse. Da jeg ikke helt fant det jeg var ute etter på dette søket, søkte jeg på nytt: Medication program, palliative care- dette søket gav meg 10 artikler. (Tabell 4) Jeg valgte da: *Palliative medication kit: an effective way of extending care in the home for patients nearing death.* (Wowchuk, Wilson, Embleton, Garcia, Harlos, Chochinov, 2009)

Tabell	Søk i Cinahl 7/1- 2013		
4	Artikkel nummer 4 på søk s4 <i>The palliative medication kit: an effective way of extending care in the home for patients nearing death.</i>		
Søke id	Søkeord	Avgrensinger	Resultat
S1	Pain AND medication AND nurse		233
S2	Pain management AND end of life AND nurse		52
S3	Pain management AND end of life AND nurse	Fulltext 2003-2012	19
S4	medication program AND Palliative care	Full text 2003-2012	10

3.4 Kildekritikk

Kildekritikk er et redskap man bruker for å se om litteraturen er sann. Det betyr at man gransker, vurderer og kritiserer de kildene som er blitt brukt i litteraturen. Hensikten med å bruke kildekritikk er å vise leseren hvordan man har reflektert seg frem til relevans og gyldighet litteraturen har for oppgavens problemstilling. Da må man vise hvordan man har funnet litteraturen, har det vært lett å finne eller vanskelig å finne litteratur? Kildekritikk skal vise at man klarer å se kritisk på kildematerialet som blir funnet (Dalland, 2008). For å kvalitetssikre artiklene som er med i oppgaven, ble det brukt sjekklister fra kunnskapssenteret sine nettsider. Denne oppgaven har med studier som er funnet i søkedatabasen Cinahl, da det var den som gav mest relevante treff for oppgavens problemstilling.

3.5 Kritisk vurdering av artikler

Vurdering av artikler:

Pain control at the end of life: a comparative study of hospitalized cancer and noncancer patients

Analgesic effect of paracetamol on cancer related pain in concurrent strong opioid therapy. A prospective clinical study

Palliative medication kit: An effective way of extending care in the home for patients nearing death.

Dette er alle kvalitative studier som ble brukt i oppgaven. Formål og problemstilling kommer tydelig frem i alle artiklene. Forfatterne kunne det gitt mer informasjon om hvilken fagbakgrunn dem har. Dette hadde styrket artiklene. Artikkelen til Axelsson, Stellborn & Ström viser ikke hvor artikkelen har blitt godkjent av en etisk komitee, mens de to andre artiklene viser dette tydelig. Det kan se ut til at det er stilt gode inklusjonskriterier til deltakerne som fikk være med i de ulike studiene. Datasamlingen til de ulike studiene kommer klart frem, og det er blitt brukt hensiktsmessige metoder for å belyse emnet. Hovedfunnene fra alle artiklene kommer godt frem.

Vurdering av artikkel:

*Is there a role for acupuncture in the symptom of patients receiving palliative care for cancer?
A pilot study of 20 patients comparing acupuncture with nurse-led supportive care*

Dette er en mix method artikkel, som bruker både kvalitativ og kvantitativ metode for å svare på sin problemstilling. Formålet med prosjektet kommer klart og tydelig frem. I denne studien har det blitt brukt kvantitativ metode for akupunktur og kvalitativ metode for sykepleier støtte. For at studien hadde blitt enda bedre kunne man tatt begge metodene på begge prøve prosjektene. Studien gir klart uttrykk for hvordan utvelgelsen til forsøkspersonene gikk til. Det var til slutt 42 som ble spurt om å være med, kun 20 av dem gav samtykke til å bli med. Årsaken til dette er ikke kjent. Studien er skrevet av tre forfattere, det komme klart frem hvor de jobber, men bare litt om den faglige bakgrunnen til 1 av forfatterne. Dette kunne komt litt bedre frem for å forsterke oppgaven. Studien er godkjent av etisk komitee. Hovedfunnene som kommer frem i artikkelen gir økt kunnskap og erfaring til videre behandling av kreftpasienter i palliativ fase.

4.0 Resultat

4.1 Presentasjon og sammendrag av resultat

Pain control at the end of life: a comparative study of hospitalized cancer and noncancer patients. (Steindal, Bredal, Sørbye, & Lerdal 2011)

Dette er en studie som vil se om helsepersonell dokumenterer annerledes i forhold til smertekarakter hos kreft og ikke kreft pasienter. De skulle også se om det var forskjell i administrering av smertelindring som ble gitt. Studien baseres på de tre siste dagene i livet til døende pasienter. I denne studien var det 220 personer som var med. 110 kreft pasienter og 110 ikke kreft pasienter. Data ble innhentet fra pasientene sine journaler og medisin kardexer etter dem var døde. Mens pasientene levde, ble det gjennomført RAI-PC (resident assessment instrument of palliative care). Resultatet fra studien var at helsepersonell konsekvent dokumenterer mer smerter hos kreft pasienter de tre siste dagene av livet. Sjansen for å ha

uutholdelige smerter var 4 x sterkere hos kreftpasienter enn til ikke kreft pasienter. Pasientene som var med i studien sa at smertefrihet og god smertekontroll var viktig for god livskvalitet på slutten av livet. Halvparten av dem som var med i studien hadde kognitiv svikt og kunne ikke gjøre rede for sin smerte. Det er da helsepersonellet sin oppgave å se pasientens nonverbale tegn på smerte. Dette kan være en furet panne, uro og stønn. Man må også være obs på at slike tegn også kan være terminal delirium.

Analgesic effect of paracetamol on cancer related pain in concurrent strong opioid therapy. A prospective clinical study (Axelsson, Stellborn & Ström, 2008).

I palliativ fase av livet, er god livskvalitet et mål. Å være smertefri er et av hovedmomentene for god livskvalitet. I den siste fasen av livet, palliasjonsfasen er svelgvansker ofte vanlig. Dette gjør det vanskelig med tablettinntak for smertelindring. Dette fører til at man må vurdere enkelte narkotika forskrevet av lege istedenfor. Gjennom de siste tiårene har det vært rutine for å alltid kombinere sterkt opioid med paracetamol. Klinisk erfaring gjorde at forfatterne av denne artikkelen utfordret denne rutinen og skal se om man kan smertelindre uten Paracetamol også. Studien inkluderer 34 uhelbredelige kreftpasienter som er godt smertelindret og mottar hjelp fra palliative lag i kommune helsetjenesten. For å være med i studien måtte man stoppe helt opp med Paracetamol behandlingen i noen dager. Etter 4 dager ble det gjennomført en evaluering. Resultatene fra denne studien viser at det er opp til hver og en pasient situasjon om paracet har virkning eller ikke. Noen pasienter forteller at å slutte med paracet, var en befrielse. Man har fortsatt smertekontroll men samtidig mindre tabletter å holde rede på.

Is there a role for acupuncture in the symptom of patients receiving palliative care for cancer? A pilot study of 20 patients comparing acupuncture with nurse- led supportive care (Lim, Wong & Aung, 2011).

Dette er en studie som ønsker å dokumentere endringer i symptomer etter akupunktur, eller sykepleier ledet støttende omsorg til pasienter med uhelbredelig kreft. Metoden de brukte for å gjennomføre studien var at de gjorde først et uvalg. Pasienter som får palliativ behandling med anslått levetid på minst 3 mnd ble sjekket ut gjennom ESAS-skjema (Edmonton Symptom Assessment System). Pasienter med betydelige smerter ble utvalgt til å motta

ukentlig akupunktur eller sykepleier- ledet støttende omsorg for 4 uker. ESAs score ble utfyllt før og etter hver behandling, og ukentlig i 6 uker etter behandling via telefon. Konklusjonen med studien ble at pasienter synes å ha nytte av å involvere akupunktur i behandling av uhelbredelig kreft. Akupunktur ble godt tolerert og det var ikke noen bivirkninger som var av betydning for smertelindring. ESAS score var lavere etter hver behandling, med de største reduksjonene sett for smerte og tretthet. Akupunktur hadde en umiddelbar effekt på alle symptomer etter hver behandling, mens sykepleier - ledet støttende omsorgs behandling hadde en større innvirkning 6 uker etter den siste samtalen. Begge metoder er nyttig for denne pasient gruppen.

Palliative medication kit: An effective way of extending care in the home for patients nearing death. (Wowchuk, Wilson, Embleton, Garcia, Harlos & Chochinov, 2009)

Mål med studien var at det ble laget palliative medisinkofferter som ble satt i pasientenes hjem, for å forlenge perioden dødssyke pasienter kan få være hjemme og evt får dø hjemme. Kofferten inneholder medisiner som skal brukes når man ikke lengre klarer å få i seg medisiner per os. Det skal rettes mot symptomer som vanligvis ville gitt sykehusinnleggelser. Pasienter som mottar dette tilbudet har en forventet levetid på ca to uker og ønsker å være hjemme lengst mulig. Koffertene ble tatt i bruk når man opplevde symptom opptrapping eller kriser. Palliativ hjemmesykepleier gir anbefalinger om når man skal ta i bruk koffertene og får muntlig godkjenning om hvilke legemidler som skal administreres av palliativ lege. Fra 2002-2007 ble det plassert ut og brukt 293 kofferter til døende hjemme boende. Av dem som starter opp med disse koffertene, er gjennomsnitts levedager ca 4-5 dager etter åpning av medisiner. Til denne studien var de hyppigste terminal symptomene smerte, kvalme, oppkast, kortpusthet, uro, sekret fra luftveiene og svakhet. Dårlig kontroll på disse symptomene gir ofte sykehus innleggelser. I denne kofferten ble medisiner valgt ut for å klare å ta mer enn et symptom samtidig.

4.2 Oppsummering av resultat

Steindal et al, (2011) sier at et felles kjennetegn for døende er smerter og at tidligere studier har sagt lite om dette. Denne studien ser på forskjeller mellom døende kreft og ikke kreft pasienter. Studien baserer seg på den terminale fasen, men funnene kan man også se generelt i den palliative fasen. I denne studien er det blitt brukt smerteskalaer for å registrere smerteintensitet, bruk av smertelindring, og generelt hvordan man har det psykisk. Pasientene som var med i studien fremmet at god smertekontroll var viktig for god livskvalitet.

Sykepleier må være obs på de nonverbale tegn til smerte, dersom pasienten ikke kan gjøre rede for dette selv. Axelsson et al, (2008) beskriver i sin studie at god livskvalitet er viktig i den palliative fasen. Smertefrihet er et hovedmoment for god livskvalitet. I denne fasen må man kanskje se på alternative måter å innta medikamenter, da det kanskje er ubehagelig å få dem per os. Man begynner nå å gi sterke medikamenter, men mange ønsker også paracetamol i tillegg, da det er den de kjenner best fra før. Studien ser på virkningen av Paracetamol, og konkluderer med at man må se det i hvert enkelt tilfelle om den har virkning eller ikke. Lim et al (2011) ser på alternative behandlinger for smertelindring til kreftpasienter i palliativ fase. Pasientene ble delt i to grupper, akupunktur og sykepleier ledet støttende omsorg. Før under og etter behandlingstart, måtte pasientene gjennom et ESAS skjema for å avklare smerteintensiteten. Akupunktur ble redusert 22% på esas score etter hver behandling, sykepleier ledet støttende omsorg med 14%. Konklusjonen i studien viser at akupunktur gav hurtige resultater, mens sykepleier ledet støttende omsorg gav resultater på lang sikt.

Wowchuk et al (2009) skriver i sin studie med bakgrunn i at dem ønsker å lage palliative medisin skrin til hjemmeboende dødssyke pasienter. Dette er medisiner som skal brukes når man ikke lengre klarer å ta medisiner pr os, som for eksempel transdermalt, subcutant, stikkpille. Dette skal lette hyppigheten av sykehusinnleggelser. Det skulle administreres av hjemmesykepleier, men bli forskrevet av lege. Symptomene disse legemidlene skulle klare å behandle var: smerte, kvalme, oppkast, kortpusthet, uro, sekret fra luftveiene og generell svakhet.

5.0 Drøfting

5.1 Palliativ omsorg i hjemmet - pårørende som ressurs

Steindal et al (2011) har gjort en studie basert på kreft pasienter vs ikke kreft pasienter. Det viste seg at helsepersonell konsekvent dokumenterer mer smerter hos kreftpasienter de tre siste levedagene. Smerteintensitet var mer alvorlig, og gjennombrudd smerte ble også oftere dokumentert hos kreftpasienter, enn til ikke kreft pasienter. For kreftpasientene var det 4x større sannsynlighet for å ha sterke smerter, sammenlignet med dem som hadde annen uhelbredelig sykdom. Studier har vist at mange kreftpasienter ikke var redd for selve døden, men er mer bekymret for fysisk nød som smerter. Min erfaringer er at det på et generelt grunnlag, blir godt dokumentert ved smerter, uanhengig av kreft eller ikke. Jeg opplever at i veldig mange situasjoner hvor det finnes en uforklarlig smerte, er det kreft som er bakgrunn for smertene. Når dette blir avklart, har som regel ikke pasienten lenge igjen å leve, da kreften er kommet for langt.

Birkeland og flovik (2011) sier at palliativ omsorg har som mål å forbedre livskvaliteten til uhelbredelig alvorlig syke pasienter og til pårørende. Livet skal være så godt som mulig den tiden som er igjen. Det betyr at i palliativ fase, står lindring av smerte og lidelse sentralt (Birkeland og Flovik, 2011 side 103). For at pasienten skal få mulighet til å være hjemme den siste tiden av livet, er det avgjørende at han har folk rundt seg. I denne fasen er familien en stor ressurs. Pårørende kan komme med informasjon om hvilke planlagte aktiviteter som skal foregå de ulike dagene, samt de kan komme med informasjon om pasientens tilstand om han ikke klarer å gjøre rede for dette selv (Birkeland, Flovik, 2011 side 102). Erfaring viser at i hjemmesykepleien, er tidsmangel et stort problem. Arbeidslistene er lange og det er få personer på jobb. Som sykepleier kan du være den eneste sykepleier på vakt, og har da andre viktige oppdrag også. For dem som har familie rundt seg som viser interesse og omsorgsvilje, kan man se en støtte og trygghet hos pasienten. Kontakt med andre og det å ha folk rundt seg som bryr seg, er også et hovedmoment i Hendersons sykepleie teori. Punkt 10 i hennes teori, vil ha stor betydning for pasienten som ønsker å være hjemme og tilbringe siste delen av livet med sine nærmeste rundt seg. Det går ut på at pasienten skal ha kontakt med andre, og kunne gi uttrykk for sine egne behov og følelser (Kristoffersen et al, 2006, bind 4 side 36).

Hendersons tilnæringsmåte er primært individ orientert, hovedfokuset er på pasienten. Hun skriver likevel at pårørende er viktig for å kunne møte pasientens behov i mange sammenhenger (Kirkevold, 2003 side 108). Dette kan tyde på at pårørende er en ressurs for helsepersonell og pasienten selv. Pårørende kan gi uttrykk for pasientens situasjon/ problem om ikke pasienten selv kan gi uttrykk for dette. Han vil da kunne få den hjelpen han skulle trenge. I hjemme tjenesten finnes det som regel en døgnbemannet vakt telefon. Dette betyr at dersom pasienten skulle trenge mer hjelp enn planlagt, eller pårørende skulle lure på noe, er det bare å ringe. Erfaring viser at i pasientsituasjoner hvor det er alvorlig syke mennesker, er det alltid en sykepleier som har denne telefonen.

Artikkelen til Wowchuk et al (2009) viser at det er få av dem som ønsker å dø hjemme som får dette. I studien kommer viktigheten av familien frem. Pasienter gav uttrykk for sitt ønske om å dø i en familiær setting med pårørende tilstede. For disse pasientene var støtten fra pårørende viktig å få frem. Flere faktorer har gjort det mulig for uhelbredelige kreftpasienter å være hjemme den siste tiden av livet. Blant annet innstillingen for hjemme død, sterk familier støtte for pasientens beslutning, tilstedeværelse av hjemmesykepleie og pårørende. For at det skal være mulig for pasienten å være hjemme lengst mulig og mulig dø i eget hjem, må man ha god kontroll på smerte og andre symptomer. Dette betyr at det må være medisiner tilgjengelig hele døgnet. Hjemmesykepleien har ikke alltid mulighet for å komme på minuttet, så medikamentene må være i en form som også familiemedlemmer kan gi. Det er ikke sikkert man kan gi dem per os, om pasienten ikke klarer å svelge. Familie medlemmer må da bli lært opp i bruken av andre medikamenter som klarer å gi god symptomkontroll. Slik jeg tolker dette, viser det til viktigheten av familier tilstedeværelse, samt tilstedeværelse fra hjemme sykepleien. Min erfaring på emnet, viser til viktigheten av et godt samarbeid med pårørende. Vakt telefonen er her et viktig hjelpemiddel. Pårørende kjenner pasienten og kan se forandringer før hjemmesykepleier som er ute i felten. Ved å kontakte sykepleier, kan pårørende få en veiledning på hvilke medikamenter som kan gis, dersom sykepleier er langt unna. Selvfølgelig er det ikke alle medikamenter og medikamentformer, pårørende kan gi uten sykepleier til stede. Dette oppleves som en trygghet for pasient og pårørende. Axelsson et al, (2007) sier i sin studie at palliativ omsorg har som mål med alle behandlingene sine å optimalisere livskvaliteten til døende pasienter. For mange blir det å skulle svelge tabletter et stort problem. Dette kan skyldes redusert spyttsekresjon, tap av matlyst, og noen ganger svelgvansker. Axelsson med flere, mener at de to siste tiårene har det vært en rutine å alltid

kombinere paracetamol med andre sterkere legemidler. De ønsket å se om det egentlig var virkning av paracetamolen, eller om den ble tatt som en "sikkerhet". Funnene de gjorde var at du måtte se på hver og en pasient tilfeller. Noen hadde effekt av dem, mens andre kunne bli bedt om å stoppe behandling og heller ta paracetamol som behovsmedisin. Noen pasienter opplevde det som en lettelse å slippe å ta den. De opplevde av smertekontroll samtidig som dem hadde mindre tablettar å holde orden på. Resultatene peker på at kanskje så mange som halvparten av pasientene som tidligere er behandlet med kombinasjonen (paracetamol og Sterk opioid) kan opprettholde like god smerte kontroll uten paracetamol. Artikkelen konkluderer med at man må se på bruken av paracetamol i hvert enkelt pasient tilfelle. Slik jeg tolker dette, brukes paracetamol som en trygghet enten for pasient eller helsepersonell. Praksis erfaring tilsier at det blir brukt sterke opioid medikamenter, og kun paracetamol ved temperatur forhøyning. Paracetamol blir som regel gitt som stikkpille, dersom svelgvansker har oppstått. Legeforeningen (2012) sine retningslinjer for lindrende behandling påpeker at paracetamol har dokumentert effekt mot moderate, akutte smerter. Videre skrives det at paracetamol kan kombineres med NSAIDs, og har vist additiv virkning ved akutte smerter. Tilsvarende dokumentasjon finnes ikke for kreft relaterte smerter. Bruken av paracetamol, anbefales kontinuert sammen med opioider dersom pasienten kan ta medikamenter pr os. Det skal også sies at det ikke finnes overbevisende dokumentasjon for paracetamolens betydning, under pågående behandling av sterke opioider.

5.2 Hjemmesykepleie og tverrfaglig samarbeid i den palliative fasen

Hjemmesykepleie er et tilbud for at pasienter skal klare å mestre hverdagen i eget hjem så lenge det er ønskelig og forsvarlig. Pasientene kan da trenge hjelp til å få dekket sine grunnleggende behov som for eksempel: hygiene, ernæring, pust, få sårstell og hjelp til administrering av ulike medikamenter (Birkeland og Flovik, 2011 side 20). Sykepleier sine yrkesetiske retningslinjer kommer inn her. Som sykepleier skal man ha respekt for grunnleggende menneskerettigheter, barmhjertighet og vise omsorg. Man skal ikke trå over pasientens egen selvbestemmelse. Retningslinje 1.0, viser til sykepleier sitt ansvar. En sykepleier skal ivareta den enkelte pasients verdighet og integritet. Dette innebærer retten til helhetlig sykepleie og rett til medbestemmelse. Det viktigste denne retningslinjen tar opp, er retten pasienten har til å ikke bli krenket. Om du som sykepleier skal ha ansvar for, og hjelpe denne pasienten i for eksempel still situasjon, er det viktig at pasienten ikke blir fratatt sin

selvstendighet. Det å kunne utføre litt selv, kan bety mye for pasientens mestrings følelse (Brinchmann, 2008, side 98- 104). Dette peker igjen tilbake til Henderssons sykepleie teori. Sykepleier skal hjelpe pasienten til å utføre daglige gjøremål som bidrar til god helse. Du skal assistere pasienten, der han ikke har krefter eller kunnskap til å utføre det på egn hånd (Kirkevol, 2003 side 101). Dette viser til at vi ikke skal trakke over pasienten på de områdene han kan kare å utføre selv, men derimot hjelpe der han ikke har mer krefter igjen selv.

I hjemmebaserte tjenester, er et tverrfaglig samarbeid å anbefale. Et tverrfaglig samarbeid betyr at selv om hver yrkesgruppe og virksomhet har hver sitt ansvarsområde, må de ulike fagpersonene samarbeide bra for at pasienten skal få et helhetlig og effektivt helsetilbud. For at et tverrfaglig samarbeid skal fungere, er det viktig at hver og en pasient får en koordinator. Dette bør i alle tilfeller, være en sykepleier. Den skal være bindeledd og kontaktperson mellom pasient og de ulike yrkesinstansene. For å få mest ut av dette samarbeidet er en individuell plan å anbefale til hver pasient (Birkeland og Flovik, 2011 side 167). Praksis erfaring viser at pasientene har stor tillit til hjemme tjenesten, da spesielt til sykepleierne. Dagens samfunn bruker mye tid på data og søker gjerne informasjon der. Dette kan være feilaktig informasjon og pasienter kan uroe seg unødvendig. Som sykepleier står det i våre retningslinjer at man skal erkjenne egne grenser for sin kompetanse, praktisere innenfor dette, og søke veiledning dersom man er usikker. Om man møter på en pasient som har funnet informasjon på internett, er det viktig at man søker veiledning fra en med bedre kompetanse, for eksempel en lege før man gir pasienten et behandlende svar. Ved å ha et tverrfaglig team i behandlingen av pasienten, kan man som sykepleier videreformidle informasjon fra pasienten og drøfte ulike problemstillinger med annet helsepersonell, med ulik kompetanse før man går tilbake til pasienten. I Almås et al (2010, bind 2 side 410) står det fra helse og omsorgsdepartementet fra 2006 og 2009, at et tverrfaglig samarbeid er avhengig av god samhandling og kommunikasjon mellom ulike yrkesgrupper. Innføring av palliative team og individuell plan til kreftpasienter som har behov for langvarige tjenester i kommunetjenesten, vil bidra til at man får et mer helhetlig helsetjeneste tilbud.

Henderson sin definisjon på sykepleie sier at man skal hjelpe individet sykt eller friskt til å gjenvinne uavhengighet så fort som mulig. I dette underkapittelet vil punkt 14 være aktuelt. Det går ut på at pasienten skal lære det som er nødvendig for å oppnå god helse og normal

utvikling. For hjemmesykepleier er det viktig å hjelpe individet til størst mulig grad av selvstendighet. Det kan hende at de trenger hjelp selv, eller at pårørende kan læres opp for å hjelpe individet til å få dekket sine grunnleggende behov. Henderson understreker i sin teori at hver og en har krav på individuell pleie og omsorg (Kristoffersen et al 2006, bind 4 side 36). Legeforeningen (2012) har retningslinjer for symptomlindrende behandling. Et av deres retningslinjer sier at skriftlig behandlingsplan skal foreligge. I praksis, kan dette bety helhetlig pleie og omsorg. Pasienten vil da ha en skriftlig plan han kan forholde seg til og pleiepersonell kan ut i fra planen administrere sine arbeidsoppgaver for å skape nok tid til pasienten. Artikkelen til Wowchuk et al (2009) viser at det tverrfaglige teamet brukes på en hensiktsmessig måte, for at uhelbredelige syke kan være hjemme så lenge det er forsvarlig og ønskelig. Det palliative medisinskrinet de fremmer, gjør det mulig å være hjemme helt til evt døden skulle inntreffe. Det minsker sykehus innleggelsene, da det er medisiner i skrinet til bruk på symptomer som vanligvis ville ført til sykehus innleggelser. Hjemmesykepleier anbefales når skrinene skal tas i bruk, men du må ha fått muntlig ordre fra palliativomsorgslege for hvilke medisiner som skal tas i bruk. Koffert skrinene var laget slik at noen legemidler kunne administreres av familie medlemmer, mens noen ble innlåst i en boks som ble administrert av hjemmesykepleien. Medisinene som ble styrt av hjemmesykepleien skulle ta kortsiktige behov, enten i forhold til en snarlig død eller vinne tid til et evt apotek kunne nås. Noen kommunehelsetjenester, har et samarbeid med Sunniva smerteklinikk for kreftpasienter i palliativ fase. Sunniva har utarbeidet en veiledningsmal om ulike symptomer og hvilket og hvor mye legemiddel man skal gi for å få kontroll på symptomet. Min erfaring, viser til at det er vanlig at ansvars lege ordinerer denne veiledning planen og hvilke legemidler som skal tas i bruk til den aktuelle pasienten. Dette betyr at pasienten kan få for eksempel morfin gitt av sykepleier, uten å kontakte vakt lege før man gir dette. Denne veiledningsplanen er veldig ofte tatt i bruk både til kreft og ikke kreft pasienter, i tidlig terminal fase. Det kan se ut som pasienten blir fort smertelindret når man starter med denne behandlingen. Fordel med dette skrinet, er at pasienten kan bli behandlet der og da, og slippe sykehus innleggelser. Minuset for pårørende, er at denne fasen kan gå for fort frem, og de kan miste sine nære før de er klar for det.

5.3 Kartlegging av smerter i palliativ kreft behandling

Steindal et al(2011) skriver i sin studie at kreftpasienter opplever mer smerter på slutten av livet enn ikke kreftpasienter. Ukontrollert smerte kan øke menneskelige lidelser og redusere oppfatning av livskvalitet. En døendes oppfattning av livskvalitet var å være smertefri. Dette stiller store krav til helsepersonell som leger og sykepleiere. Dersom pasienten ikke har språk, eller ikke ønsker å snakke om sine plager er det vår jobb å se de verbale tegnene på smerte. Furet panne, uro og stønn, er gode indikatorer på smerte hos pasienter som ikke kan kommunisere for deres smerte. Almås et al (2010) sier at ved behandling av smerter, er det alltid pasientens opplevelse av situasjonen som må være utgangspunktet for behandling. Sykepleier har ansvar for å kartlegge pasientens totale smerte, og beskrive eventuelle endringer over tid. For å kartlegge smerter hos kreftpasienter, er det vanlig å bruke VAS skala, ESAS skjema og kroppskart (Almås et al, 2010, bind 2, side 412).

Et ESAS (Edmonton Symptom Assessment System) skjema vil kunne kartlegge flere symptomer samtidig. I Norge er ESAS symptomskjema en kvalitetskoordinator for palliativ behandling. For å bruke skjemaet, må pasienten svare på en del spørsmål. Det blir gitt en tall karakter 0-10, der null er ingen plager og ti er verst tenkelige plage (Kaasa og Loge 2007, Kompetansesenter i lindrende behandling Helseregion Vest 2006, Ottesen 2007., i Almås et al 2010, bind 2 side 412). Hendersons sykepleie teori er aktuell på dette område i forhold til punkt 10. Det går ut på at pasientens skal selv gi uttrykk for sine behov og følelser. Et ESAS skjema skal fylles ut av pasienten selv, eller helsepersonell om ikke pasienten klarer det. Han skal da vurdere sin smerte i fra 0-10, på denne måten (Kristoffersen et al, 2006, bind 4 side 36). For oppgavens problemstilling er dette relevant ved at pasienten selv kan gi karakter på sin smerte. Som sykepleier har du ansvar for pasienten og i følge retningslinjene fra NSF, har pasienten krav på at du som sykepleier utfører en sykepleie praksis som lindrer og bidrar til en verdig død. Som nevnt tidligere har også pasienten krav på en skriftlig individuell plan. En slik plan kan lages på grunnlag av pasientens score på ESAS skjemaet. Dersom pasienten har mye smerter ved for eksempel bevegelse, må man se på hva som kan gjøres av tiltak for å forbedre denne scoren. Legeforeningen (2012) kommer med retningslinjer for symptomlindrende behandling. De sier at den palliative behandlingen har som mål at behandlingen skal gi best mulig livskvalitet for pasienten og dens pårørende. Retningslinjene

understreker at bruk av ulike verktøy for å kartlegge smerte er viktig. De kan da registrere smerte intensitet, - karakter og – lokalisasjon.. Eksempler på slike verktøy er ESAS skjema og smertekart. For sykepleiepraksis, vil altså ESAS score være gunstig for å vurdere behandlingseffekten.

5.4 Ikke medikamentell behandling til kreftpasienter i palliativ fase

Smertelindring kan foregå medikamentelt eller ikke medikamentelt. Den ikke medikamentelle delen, er vel så viktig som den medikamentelle. Eksempler på slik behandling kan være musikk, massasje, akupunktur, avledning og avslapningsteknikker. Ofte blir dem brukt sammen med medikamentell behandling. Alternative metoder viker angstdempende og reduserer stress, som igjen reduserer pasientens smerteopplevelse. Ofte ser man at akupunktur blir brukt som en del av behandlingen (Frid mfl. 2006, Nesvold og Fosså 2002, Kärki mfl. 2009, Nesvold mfl. 2009, i Almås et al 2010, bind 2 side 423). Artikkelen til Lim et al (2011) er et eksempel på alternativ medisin. Akupunktur er en av behandlings former de tar opp. Før og etter hver behandling ble ESAS score vurdert. Nålene ble satt der det var mest hensiktsmessig i forhold til dagens symptomer. Resultat fra forskningen var at akupunktur ble godt tolerert som smertelindring til kreft pasienter i palliativ fase. Resultatene var gode i forhold til ESAS score. Den ble godt redusert etter hvert besøk, men ved neste ukes behandling var resultatene tilbake igjen (Lim et al, 2011). Ut i fra dette kan man tolke det til at akupunktur har betydning som en god tileggsbehandling. Gir raske resultater, men de holder ikke lenge. Jeg har ingen praksis erfaring som kan bygge opp under denne påstanden, men ut i fra det jeg kan se av denne forskningen vil jeg anbefale det videre som behandling sammen med medisiner.

En annen form for ikke medikamentell behandling, er kognitiv adferdsterapi. Personlighet, læring, forståelse av egen situasjon, hvilke forventninger man sitter inne med, er alle psykologiske mekanismer som virker inn på smerteopplevelsen. Kognitiv adferdsterapi går ut på å endre pasientens tanke mønster, for å øke pasientens kunnskap om sin egen mestrings evne. Pasienter med høy mestrings evne tilpasser seg smerteopplevelsen bedre enn dem med

lav mestrings evne (Kaasa 2007b, Nortvedt og Rustøen 2008, Valeberg og Wahl 2008, i Almås et al 2010 bind 2 side 423). Hendersons sykepleie teori kommer inn her, og passer til denne formen for alternativ behandling. Punkt 10, å få kontakt med andre og gi uttrykk for sine følelser og behov, samt punkt 14, å lære det som er nødvendig for god helse og normal utvikling (Kristoffersen et al, 2006, bind 4 side 36). Å få kontakt med andre kan hjelpe med å få snakket om sin situasjon. Det kan da bli lettere å takle smerte toppe. På denne måten kan man gi uttrykk til en fagperson om hvordan man har det, og samtidig få hjelp tilbake om lære hvordan han kan takle ulike situasjoner som forsterker smerte intensiteten. Artikkelen til Lim et al (2011) gir et eksempel på dette i praksis. Studien deres viser at sykepleier som gir støttende omsorg kan bedre ESAS score hos sine pasienter. Møte med palliativ sykepleier varte i 20- 30 min ukentlig i 4 uker. Sykepleier spurte pasientene om å utdype sine mest plagsomme symptomer, og diskuterte bruken av medisiner og ikke-medisinske behandlinger. Hun foreslo også nyttige strategier for å mestre daglige aktiviteter, tilbyr emosjonell støtte og ble sett på av pasienten som ”sin” talsmann. Før og etter hvert møte, måtte pasienten fylle ut et ESAS skjema. 6 uker etter fullførelsen av programmet, ble det foretatt et telefon intervju hvor scoren også ble gitt. Resultatet fra forskningen var at det ble godt tolerert, men etter hver samtale økt med palliativ sykepleier var det liten nedgang i ESAS score. Det ble sett stor effekt etter 6 uker, da var det stor reduisering i ESAS score. Denne studien viser at det er viktig å være det for pasienten og vise at du er interessert. Ved å lytte aktivt og prøve å finne løsninger som gir symptom lindring, vil pasienten føle at han blir hørt og tatt på alvor. Det er pasienten selv som kjenner sin egen kropp best og vet hvilke symptomer han har på smerte. En sykepleier har mye kunnskap for å hjelpe, så lenge pasienten åpner seg om sine problemer. Legeforeningen (2012) sine retningslinjer for lindrende behandling er i første rekke rettet til kreft pasienter. Et av deres behandlings punkter sier at andre smertelindrende tiltak må vurderes fortløpende. Eksempelvis Akupunktur, og psykologiske behandlings tiltak.

6.0 Avslutning

For at man skal kunne utøve sykepleie til kreft pasienter, som er i den palliative fasen, og som ønsker å bo hjemme den siste tiden, er det mye som må avklares på forhånd. Det første spørsmålet man må stille seg er; ønsker pasienten dette selv, eller er det pårørende som pusher på? Dersom pasienten ønsker dette selv, er det viktig å få plass om han eller hun har folk rundt seg som kan være behjelpelig om hjemmesykepleien ikke har nok ressurser. Studier viser at kreftpasienter ikke er redd for selve døden, men redd for smertesymptomene og fysisk nød, som kommer i de aller fleste tilfellene av kreft. Den palliative omsorgen har som mål at pasienten skal opprettholde eller forbedre livskvaliteten til uhelbredelig syke pasienter. En døendes oppfatning av livskvalitet er å være smertefri. NSF sine retningslinjer sier at sykepleier skal utøve sykepleie praksis som lindrer og bidrar til en verdig død. Dette er i tråd med Hendersons sykepleie teori. Sykepleier skal hjelpe den syke med de gjøremål som bidrar til å sette han i en tilstand som betyr helse for ham- en tilfriskning fra sykdom, eller det som for pasienten betyr en god død. For at det skal være mulig for pasienten å dø i eget hjem, må man ha god kontroll på smerter, og ulike andre symptomer. Dersom det er mulighet for det i kommunen pasienten bor i, er et tverrfaglig team å anbefale. Pasienten vil da få et helhetlig helsetilbud, med fortløpende vurderinger for å skape en bedre situasjon. Det anbefales å kartlegge hvordan pasienten vanligvis tolererer smerter. Gjennom et ESAS skjema vil man få en oversikt over pasientens tidligere smerter og hvor sterke smerter pasienten har nå. Gjennom et ESAS skjema vil man se om behandlingen har effekt, eller om man må vurdere andre behandlingsmetoder. Anbefalt ikke medikamentell behandling er akupunktur og sykepleier som gir støttende omsorg. Slik behandling har vist seg å gi raske resultater, samt en holdbarhet over tid. Ikke gir det nevnbare bivirkninger heller. Med dette vil jeg konkludere med at det er en mulighet for kreftpasienter å være hjemme den siste tiden av livet, dersom det legges til rette for dette. Opplevelse av smertekontroll er det viktigste.

Referanseliste

Bøker;

Almås, H., Stubberud, D-G., Grønseth, R (Red.), (2010). *Klinisk sykepleie: Bind 2.* (4utg)
Oslo: Gyldendal akademisk.

Birkeland, A. & Flovik, A. M. (2011). *Sykepleie i hjemmet.* Oslo: Akribe.

Brinchmann, B.S. (Red.). (2008). *Etikk i sykepleien.* (2. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.

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

Forsberg, C. & Wengström, Y. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier: Värdering,
analys och presentation av omvårdnadsforskning.* Stockholm: Natur & kultur

Kirkevold, M. (1998). *Sykepleie teorier- analyse og vurdering.* (2utg). Oslo: Gyldendal
akademisk.

Kristoffersen, N.J., Nordtvedt, F. & Skaug, E-A. (2005). *Grunnleggende sykepleie.* Oslo:
Gyldendal akademisk. Bind 4.

Mæland, J.G., (2010). *Forebyggende helsearbeid: folkehelsearbeid i teori og praksis.*(3.utg)
Oslo: Universitetsforlaget AS

Olsson H. & Sörensen, S. (2003). *Forskningsprosessen: Kvalitative og kvantitative
perspektiver.* Oslo: Gyldendal Akademisk.

Internett

Axelsson, B., Stellborn, P., & Ström, G. (2008). *Analgesic effect of paracetamol on cancer related pain in concurrent strong opioid therapy. A prospective clinical study.* Acta Oncologica, 47(5), 891-895.

Legeforeningen. (01.08.2012) *Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen.* Hentet 01.02-2013 fra:
<http://legeforeningen.no/pagefiles/42352/retningslinjer%20for%20symptomlindrende%20behandling.pdf>

Steindal, S.A., Bredal, I., Sørbye, L., & Lerdal, A. (2011). *Pain control at the end of life: a comparative study of hospitalized cancer and noncancer patients.* Scandinavian Journal Of Caring Sciences, 25(4), 771-779. Doi: 10.1111/j.1471-6712.2011.00892.x

W., Wong, E. T., & H. (2011). *Is there a role for acupuncture in the symptom management of patients receiving palliative care for cancer? A pilot study of 20 patients comparing acupuncture with nurse-led supportive care.* Acupuncture In Medicine, 29(3), 173-179. doi:10.1136/aim.2011.004044

Wowchuk, S., Wilson, E., Embleton, L., Garcia, M., Harlos, M., & Chochinov, H. (2009). *The palliative medication kit: an effective way of extending care in the home for patients nearing death.* Journal Of Palliative Medicine, 12(9), 797-803. doi:10.1089/jpm.2009.0048

Ursin, G. (2012, 15 november). *28 271 tilfeller av kreft i 2010.*

Hentet fra: <http://www.kreftregisteret.no/no/Generelt/Nyheter/Cancer-in-Norway-2010/>

Bilder:

fremside bilde:

http://www.graphicshunt.com/images/nurses_prayer-13218.htm

(vedlegg 1) Retningslinjer i symptom lindrende behandling

GENERELLE BEHANDLINGSPRINSIPPER.

- Helhetlig vurdering av pasientens smerteproblem
- Medikamentell behandling relateres til smerteintensitet, smertemønster, smertetype og pasientens allmenntilstand
- WHO's smertetrapp er grunnleggende for behandling av kreftsmarter
- Hovedprinsippet er faste doser peroralt samt behovsmedisinering for gjennombruddssmerter
- Pasienter som får opioider, skal ha laksantia profylaktisk
- Skriftlig behandlingsplan bør foreligge
- Andre smertelindrende tiltak bør vurderes fortløpende, eksempelvis fysikalsk behandling inkludert TENS og akupunktur, og psykologiske behandlingstiltak inkludert avspenning, autogen trening og hypnose.

MEDIKAMENTELL BEHANDLING

Ikke-opioide analgetika

- NSAIDS demper effektivt smerte ved inflammasjon relatert til tumor og skjelettaffeksjon
- Paracetamol har en gunstig bivirkningsprofil, og har dokumentert effekt mot moderate, akutte smerter
- Paracetamol kan kombineres med NSAIDS, og har vist additiv virkning ved akutte smerter. Tilsvarende dokumentasjon finnes ikke for kreftrelaterte smerter

Kombinasjon med opioider

- Dersom pasienten ikke oppnår effektiv lindring med NSAIDS/paracetamol, anbefales tillegg med fast dosering av et sterkt opioid som neste behandlingstrinn.
- Paracetamol anbefales kontinuert sammen med opioider dersom pasienten kan ta medikamentet per os, men det finnes ingen overbevisende dokumentasjon for paracetamols betydning for analgesi under pågående behandling med sterke opioider

Opioider

- Morfin bør være førstevalget
- Ved oppstart er det like effektivt å starte med morfin i form av et depotpreparat som med ”hurtigvirkende” preparat, og bivirkningene reduseres
- Ved sterkt nedsatt nyrefunksjon risikerer man en opphopning av morfin og aktive morfinmetabolitter. Vurder da et annet opioid

Vedlegg 2, Resultat tabeller

Artikkel 1	Hensikt	Metode og datasamling	Utvalg	Resultat
<p>W., Wong, E. T., & H. (2011).</p> <p><i>Is there a role for acupuncture in the symptom management of patients receiving palliative care for cancer? A pilot study of 20 patients comparing acupuncture with nurse-led supportive care</i></p>	<p>En pilotstudie for å dokumentere endringer i symptomer etter akupunktur eller sykepleie ledet støttende omsorg til pasienter med uhelbredelig kreft</p>	<p>Mix Methods av kvantitativ og kvalitativ metode Forsøkspersonene ble undersøkt med ESAS symptomskjema og deretter ble pasienter med betydelige symptomer utvalgt til å motta tilbudet i 4 uker. ESAS score ble gjennomført før og etter hver behandling, og ukentlig i 6 uker etter behandling via telefon. Dette resulterte i at 42/170 var kvalifisert. 20 av dem gav sitt samtykke til rekruttering til studien</p>	<p>Pasienter som får palliativ omsorg som har minst tre måneder igjen å leve.</p>	<p>Pasientene som var med i studien hadde nytte av å legge inn akupunktur som en del av sin behandling av uhelbredelig kreft. Akupunktur ble godt tolerert og gav ingen vesentlige bivirkninger hos forsøkspersonene. Akupunktur gav en umiddelbar effekt på alle symptomene, mens sykepleie ledet støttende omsorg hadde en større virkning 6 uker etter den siste behandlingen. Begge tiltak er nyttig for denne pasientgruppen</p>

Artikkel 2	Hensikt	Metode og datasamling	Utvalg	Resultat
<p>Steindal,S.A., Bredal, I., Sørbye,L., & Lerdal, A. (2011).</p> <p><i>Pain control at the end of life: a comparative study of hospitalized cancer and noncancer patients.</i></p>	<p>Denne studien undersøkte om det var forskjeller i helsevesenet arbeidstakere dokumentasjon av smerte egenskaper i kreft og ikke kreft pasienter. Vi undersøkte hvilke typer smertestillende ble administrert til døende pasienter, og hvis det var forskjeller i administrasjonsmåtene av opiater hos kreftpasienter sammenlignet med noncancer pasienter i de siste 3 dagene av livet.</p>	<p>Kvalitativ metode:</p> <p>Data ble samlet retrospektivt i en tverrsnittsstudie komparativ studie på et sykehus. Data ble hentet fra pasientenes journaler ved hjelp av Resident Assessment Instrument for Palliativ Care.</p>	<p>Utvalget omfattet 220 døde pasienter (110 døde av kreft og 110 døde av andre årsaker).</p>	<p>Helsepersonell konsekvent dokumentert mer smerte hos kreftpasienter i løpet av sine siste 3 dagene av livet enn til ikke kreft pasienter. Oddsen for å ha alvorlig til uutholdelig smerte var fire ganger høyere hos kreftpasienter sammenlignet med ikke kreft pasienter.</p> <p>Morfin var den hyppigst administreres smertestillende for alle døende pasienter.</p> <p>kreftpasienter i forhold til ikke kreft pasienter fikk morfin pluss skopolamin 0,27mer.</p> <p>Oddsene for en kreftpasient får smertestillende klassifisert som fentanyl, var ketobemidon og oksykodon mer enn 4-5 ganger høyere enn for noncancer pasienter.</p>

Artikkel 3	Hensikt	Metode og datasamling	Utvalg	Resultat
<p>Wowchuk, S., Wilson, E., Embleton, L., Garcia, M., Harlos, M., & Chochinov, H. (2009).</p> <p><i>The palliative medication kit: an effective way of extending care in the home for patients nearing death.</i></p>	<p>Palliative medisn skrin for hjem ble utviklet for å forlenge perioden av tid dødssyke pasienter kan få omsorg i eget hjem og mulig dø hjemme.</p>	<p>Pasienter som får behandling i kommunetjenesten og som forventes å dø innen de neste to ukene, og som ønsker å bli tatt vare på i hjemmet så lenge som mulig.</p>		<p>Fra 2002-2007, ble totalt 293 skrin plassert i pasientens hjem og brukt. To hundre femtiåtte pasienter (88%) døde hjemme, sammenlignet med 24% som døde utenfor en akutt pleie innstillingen over hele programmet (chi (2) = 579,71, p <0,0001). I 2006-2007 ble 73 skrin plassert, men ikke brukt. Førti-fire pasienter (60%) døde hjemme, sammenlignet med et program hjemme dødsmålinger på 27% (chi (2) = 60,70, p <0,0001).</p>

Artikkel 4	Hensikt	Metode og datainnsamling	Utvalg	Resultat
<p>Axelsson, B., Stellborn, P., & Ström, G. (2008).</p> <p><i>Analgesic effect of paracetamol on cancer related pain in concurrent strong opioid therapy. A prospective clinical study</i></p>	<p>I palliativ kreftomsorg, når du nærmer deg døden, svelgevansker og byrden av tablettinntak ofte gjør oss revurdere enkelte narkotika foreskrevet. Gjennom de to siste tiårene har rutine for alltid å kombinere en sterk opioid med paracetamol er utbredt i Sverige. Klinisk erfaring har utfordret denne rutinen så mange pasienter synes å administrere like godt uten paracetamol. For å finne ut om dette kan være av klinisk betydning, ønsket vi å utføre en mer systematisk registrering</p>	<p>Kvalitativ metode</p>	<p>Trettifire uhelbredelige kreftpasienter med godt kontrollert smerte (NRSB4), behandlet av spesialiserte palliative hjemmetjenesten lag, med pågående medisiner med den sterke opioider paracetamol kombinasjon ble rekruttert til denne prospektive kliniske studier. Effekten av helt stoppe paracetamol medisiner ble evaluert fire dager senere ved oppfølging.</p>	<p>ved oppfølging ni pasienter (26%) følte mer smerte enn når de gikk inn i studien, to pasienter (6%) følte mindre smerte og 23 (68%) følte ingen forskjell. Når du blir spurt om sine preferanser om fremtiden paracetamol behandling 18 pasienter (53%) ønsket å slutte å ta den, ville seks pasienter (18%) for å fortsette med vanlig paracetamol medisiner som før, og ti pasienter (29%) ønsket å ta paracetamol som nødvendig . Ingen kliniske prediktorer for paracetamol respons kunne identifiser</p>