



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

EKSAMENSINNLEVERING

Emnenavn: **Sjukepleie, forskning og fagutvikling - Bacheloroppgave**

Emnekode: **SYKHB3001**

Eksamensform: Prosjektoppgave

Leveringsfrist: 20.02.15 kl 14.00

Kandidat nummer.: 35

Antall ord: 8575

Lungekreft – smertelindring i palliativ fase



Illustrasjonsfoto hentet fra: <http://www.parkwaycancercentre.com/services/palliative-medicine/>

Utdanning: Bachelorgrad i Sykepleie

Kull: 2012

Antall ord: 8575

Avdeling: Haugesund

Sammendrag:

Bakgrunn for valg av tema: Gjennom min praksisperiode i hjemmetjenesten ble jeg spesielt interessert i palliative behandling til pasienter med lungekreft i hjemmet. I 2012 var det totalt 30099 nye tilfeller med kreftdiagnoser. Lungekreft er den tredje mest hyppige kreftformen for kvinner og den nest hyppigste hos menn. Prognosene ved lungekreft er svært dårlige, mindre en 10 % av de som får diagnosen er i livet i løpet av fem år. Sett i lys av dette er smertelindring et essensielt tema for å kunne gi en så helhetlig pleie som mulig.

Problemstilling: «*Hvordan sikre smertelindring hos hjemmeboende pasienter med lungekreft, i palliativ fase?*»

Hensikt: Denne studien har som hensikt å få økt kunnskap om smertelindring til pasienter i palliativ fase med lungekreft i hjemmet. Samt kartlegge hvordan man kan lindre pasientens smerter på en best mulig måte den siste tiden av deres liv.

Metode: Oppgaven er basert på et systematisk litteraturstudie av pensumlitteratur, annen faglitteratur og forskning.

Resultat: Det er brukt tre Kvantitative forskningsartikler, en Mixed Method og en Cohort studie for å kunne belyse oppgavens problemstilling på en best mulig måte.

Konklusjon: Gjennom oppgaven er det vist at tverrfaglig samarbeid, gode relasjoner mellom pasient, pårørende og sykepleier er essensielle for å lindre pasientens smerter på en best mulig måte. Tidlig integrering og opplæring i bruken av ESAS skjema har også vist seg å være viktig for å kartlegge pasientens smerter.

Nøkkelord: Lungekreft, palliativ behandling, livets slutt og smertelindring.

Abstract:

Background: Throughout my entire internship and practice time in the home care, my interest in palliative care to patients with lung cancer was something that grabbed my full attention. Because of the severity of lung cancer prognosis, less than 10% of those whom get diagnosed survive the next five years. In 2012 alone, there were a total of 30099 new cases of the cancer diagnose. Lung cancer is the third most active form of cancer for women, and the second most active for men. Pain medicine is truly an essential part of the lung cancer treatment.

Thesis: “How can the home care provide secure pain management for patients with lung cancer in the palliative stage?”

Aim: The aim of this study is to gain a deeper understanding of how nurses can meet patients in palliative phase with lung cancer, in terms of pain relief in their home. The study will also discuss how to ease a patient’s pain in the last period of their lives.

Materials and methods: This thesis is a systematic literature study, based on textbooks, other relevant literature and research.

Conclusion: Throughout this paper it is proven that interdisciplinary cooperation, good relations between the patient, their family and the nurse, is essential to relieve the patient’s pain in the best possible way. Early integration and training in the use of the ESAS score have proven to be very important to identify the patient’s pain.

Key words: Lung cancer, palliative care, ends of life and pain management.

Innhold

1.0 Innledning.....	1
1.2 Presentasjon og bakgrunn for valg av tema	1
1.3 Problemstilling.....	1
1.4 Begrunnelse for valg, presisering og avgrensning av oppgaven	1
1.5 Målet med oppgaven:	2
1.6 Oppbygning av oppgaven:	2
2.0 Teori:	3
2.1 Sykepleierteoretisk tilnærming:	3
2.2 Palliasjon og Palliativ omsorg i hjemmet:	5
2.4 Smerte og smertelindring:.....	6
2.5 Lungekreft:	8
3.0 Metode.....	10
3.1 Definisjon av «Metode»	10
3.2 Forskningsetiske vurderinger:.....	11
3.3 Litteratursøk:.....	11
3.4 Kildekritikk:.....	14
3.5 Kritisk vurdering av artikler:.....	14
4.0 Resultat.....	15
5.0 Drøftingsdel:	19
5.1 Kartlegging av smerter i hjemmet:	19
5.2 Hvordan sikre smertelindring i hjemmet:	20
5.3 Hjemmet som arena i den palliative fase:	23
6.0 Konklusjon:	26
Kildehenvisning	27

1.0 Innledning

1.2 Presentasjon og bakgrunn for valg av tema

Jeg har valgt temaet kreft og smertelindring i palliativ fase. Grunnen til at jeg har valgt å skrive om dette emnet er at jeg har sett hvilket ansvar sykepleiere har ovenfor denne pasientgruppen og deres pårørende. Kreft er en sykdom som involverer mange mennesker, enten som pasient, pårørende eller nære venner. Gjennom forskjellige praksisperioder har jeg opplevd at pasienter har blitt innlagt på sykehus på bakgrunn av manglende eller ikke tilstrekkelig smertelindring. Som student i praksis har jeg opplevd ulike utfordringer i forhold til smertelindring hos pasienter med kreft. En av de største utfordringene har vært forståelsen av pasientens smerter, smertenes intensitet og pasientenes varierende oppfatning av egne smerter. Jeg har også opplevd at høye doser opioider ikke har vært tilstrekkelig for å lindre pasientens smerter, og gjennom dette kjent på usikkerheten rundt administrering av disse medikamentene. I min oppgave ønsker jeg å få økt innsikt i hvordan kreftpasienter i palliativ fase kan oppleve bedre smertelindring, og hva som er sykepleierens ansvar i forhold til smertelindring. Statistikk fra Kreftregisteret.no viser at det i 2012 var det totalt 30099 nye tilfeller med kreftdiagnoser. Tallet var fordelt på 16491 menn og 13608 kvinner (Kreftregisteret 2015). På bakgrunn av dette ønsker jeg gjennom denne oppgaven å se nærmere på hvordan sykepleiere kan hjelpe pasientene med smertelindring, slik at de får bedret livskvaliteten i den palliative fasen.

1.3 Problemstilling

Ut fra temaene kreft og smertelindring har jeg valgt følgende problemstilling:

«Hvordan sikre smertelindring hos hjemmeboende pasienter med lungekreft, i palliativ fase?»

1.4 Begrunnelse for valg, presisering og avgrensning av oppgaven

Sykepleie til pasienter med kreftsykdom er et svært omfattende område. Jeg ønsker derfor å legge fokuset mitt på smertelindring av pasienter over 60 år med lungekreft i palliativ fase, som ønsker å være i hjemmet den siste tiden. Jeg vil belyse relasjonen mellom pasient og sykepleier, sykepleiers kompetanse og kontinuitet i arbeidet.

Lungekreft er i dag den tredje hyppigste kreftformen hos kvinner og den nest hyppigste hos menn i Norge. På tross av at lungekreft er en sykdom som ofte kan forebygges, er det nå den vanligste årsaken til død av kreft i hele verden (Mjell 2011 s.228). Palliativ fase vil si at det ikke lenger er mulig med kurativ behandling av pasienten. Sykdommen har kommet så langt at kurativ behandling er avsluttet og pasienten kun får smertelindrende og symptomlindrende behandling. I forhold til smertelindring ønsker jeg å åpne opp for å se pasientens fysiske og psykiske smerter. Dette fordi det gir et bedre innblikk i det sammensatte smertebildet til pasientgruppen, samt for å se hele pasienten og deres smertebilde.

Hovedfokuset legges på pasienter som ønsker å være den siste tiden i hjemmet. Men jeg vet at pasienter i palliativ fase, ofte får store smerter og sliter mye med symptomer mot slutten. Pasienten kan da havne i en «ond» sirkel der de veksler mellom sykehus, sykehjem og hjemmet for å oppnå best mulig smertelindring. Dette er utmattende ikke bare for pasient men også for pårørende. Som helsepersonell er hovedmålet for smertelindring er klart for alle, pasienten skal ha det så godt det lar seg gjøre, uten unødvendige lidelser. Jeg ønsker derfor å se på mulige løsninger i forhold til akutt institusjons innleggelse og hvordan man kan sikre smertelindring best mulig til de som ønsker å være i hjemmet.

1.5 Målet med oppgaven:

Målet med denne oppgaven er å tilnærme meg en dypere kunnskap om hvordan man som sykepleier møter pasienten i den palliative fasen med tanke på smertelindring i hjemmet. Gjennom et systematisk litteraturstudie, vil man utvide kunnskap om emnet og få en dypere forståelse av smertelindring i hjemmet, til kreftpasienter i palliativ fase.

1.6 Oppbygning av oppgaven:

Oppgaven er bygd opp i seks kapitler. Det første kapitlet omhandler, innledning, bakgrunn for valg av tema og problemstilling. Det andre kapitlet løfter frem relevant teori som blir anvendt i drøftingen. Kapittel tre omhandler metode og litteraturstudie, mens kapittel fire er tilegnet relevante artikler i forhold til problemstillingen. Kapittel fem er det tyngste kapitlet og er drøftingsdelen der også egne meninger kommer frem. Kapittel seks er en kort konklusjon som svarer på oppgavens problemstilling.

2.0 Teori:

2.1 Sykepleierteoretisk tilnærming:

Oppgaven er bygget rundt Erikssons teorier om *Det lidende mennesket*. Eriksson legger stor vekt på menneskets lidelser og for å belyse begrepet lidelse ser hun nærmere på lidelsens dimensjoner. Eriksson sier at lidelsens dimensjoner er en prøvelse, noe som leder fremover, noe som plager en, noe man er beheftet med, at lidelse er lyst og nytelse og at lidelse er død (Eriksson, 1995 s.20). I sin analyse av lidelse, trekker Eriksson frem at lidelsens motstykke er lysten. I lysten finner vi bevegelse, streben og attrå etter det gode. For å utdype dette sier Eriksson at lidelsen er en kamp mellom det gode og det onde, og at lidelsen oppfattes vanligvis som virkningen av noe ondt. Videre sier hun at å lide innebærer alltid en kamp. Overfor lidelsen bærer mennesket redsel, angst eller uro. Lidelse er ikke ensbetydende med angst, derimot kan et menneske som lider føle angst (Eriksson, 1995 s.27).

For å forklare lidelsens mening sier Eriksson at hver gang mennesket står overfor noe unngåelig, har det en mulighet for å virkeliggjøre den høyeste verdien, å oppfylle den dypeste mening, lidelsens mening. For å utdype dette sier hun at det som har størst betydning, er hvilken holdning vi inntar til lidelsen. Når man ikke lenger kan helbrede eller lindre et menneskes smerter, bør man forsøke å mobilisere dets evne til å oppfylle lidelsens mening (Eriksson, 1995 s.41). Meningen i lidelsen oppstår når mennesket forsoner seg med situasjonen og dermed finner muligheter og mening. Opplevelsen av lidelsens mening synes å være knyttet til erfaring med ulike muligheter i den aktuelle livssituasjonen (Eriksson, 1995 s.41).

Til tross for at lidelsen utgjør en del av livet, ønsker ikke mennesket å lide, men forsøker på forskjellige måter og lindre sin lidelse. Et menneske som bærer på en uutholdelig lidelse, vender seg ofte til «den abstrakte annen» med spørsmålet: *Hvorfor?* (Eriksson 1995 s.59).

Eriksson (1995, s.66) omtaler lidelsen i pleien fordelt i tre forskjellige former. Det er sykdomslidelsen, pleielidelsen og livslidelsen. Når hun beskriver sykdomslidelsen sier hun at vi alltid har vist at sykdom og behandling kan medføre lidelse og påføre pasienten smerter. For å utdype pasientens kliniske lidelse, sier Eriksson (1995, s.67) at den kan nærmest sammenlignes med vårt begrep sykdomslidelse, som igjen kan deles inn i følgende kategorier, fysisk smerte og sjelelig og åndelig lidelse. I forhold til fysisk smerte sier Eriksson at dette er

forårsaket av sykdommen og behandlingen. Før hun utdyper med å si at smerten er sjelden bare er fysisk, men oppleves av mennesket som helhet. Med «fysisk» skal vi forstå det som er en smerte og dermed en lidelse som rammer mennesket. Den fysiske smerten kan være utholdelig og gjerne fokuseres til en bestemt del av kroppen (Eriksson 1995, s.67). I forhold til sjelelig og åndelig lidelse sier Eriksson (1995, s.67) at denne lidelsen forårsakes av de opplevelser av fornedrelse, skam og skyld mennesket erfarer i forhold til sykdommen eller behandlingen. Disse opplevelsene kan dels oppleves av pasienten selv, dels oppstå på grunn av fordømmende holdninger hos pleiepersonalet eller skyldes den sosiale sammenhengen. Denne formen for lidelse ligger derfor nær det vi omtaler som pleielidelse (Eriksson 1995, s.67).

Det finnes mange ulike former for pleielidelse, og alle som har vært utsatt for lidelse på grunn av pleie eller uteblitt pleie, opplever det på sin måte. Eriksson (1995, s.69-70) mener at man likevel kan sammenfatte pleielidelsen i fire kategorier: Krenking av pasientens verdighet, fordømmelse og straff, maktutøvelse og uteblitt pleie.

I forhold til krenking av pasientens verdighet og menneskeverd sier Eriksson (1995, s.70) at dette utgjør den vanligste formen for pleielidelse, og alle andre former kan egentlig føres tilbake til denne. For å utdype dette sier Eriksson at *Å krenke pasientens verdighet innebærer å frata han/henne muligheten til helt og fullt å være menneske* (1995, s.70). Eksempler på å krenke mennesket kan være mangelfull etisk holdning eller ved å ikke «se» mennesket og gi det plass.

2.2 Palliasjon og Palliativ omsorg i hjemmet:

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

- provides relief from pain and other distressing symptoms;
- affirms life and regards dying as a normal process;
- intends neither to hasten or postpone death;
- integrates the psychological and spiritual aspects of patient care" (WHOS definisjon fra 2002, Kaasa, S. 2013 s.37)

Palliativ behandling er en tilnærming som forbedrer livskvaliteten til pasienten og deres pårørende i møte med uhelbredelig sykdom, gjennom forebygging og tidlig lindring av smerter og andre problemer, fysiske, psykiske og åndelige. Målet med palliativ behandling er å forebygge smerter og andre ubehagelige symptomer. Pasienten godtar livet og ser på det å dø som en normal prosess. Palliativ behandling har som mål å hverken fremskynde eller utsetter døden (Kaasa, 2013 s.37).

Birkeland & Flovik (2011 s.103) sier at palliativ omsorg er rettet seg mot å forbedre livskvaliteten til pasienter og pårørende som står ansikt til ansikt med døden. Den har altså fokus på velvære og velbefinnende fordi det ikke er mulig med noen helbredende behandling. Målet er å gjøre livet så godt som mulig den tiden pasienten har igjen å leve. Sentralt i all palliativ omsorg er å forebygge og redusere smerte og lidelse. Dessuten dreier det seg om å verdsette livet og se døden som en naturlig prosess. Selv om en har fått beskjed om at livet går mot slutten, betyr ikke det at en på noen måte skal avslutte livet før det egentlig er slutt.

Den palliative omsorgen har verken til hensikt å fremskynde eller utsette døden. Noen gir uttrykk for at de gjerne hadde sett at livet hadde vart lenger, mens andre uttrykker at de ønsker at det hadde vært over. Det betyr ikke at de aktivt ønsker å gjøre slutt på livet. Å ønske å dø er en logisk tanke når livet har vært langt, og den siste delen av livet er forbundet med mye sykdom og smerter. Døden er en befrielse når en er mett av dage, og når livet er forbundet med sykdom og lidelse. Det er derfor viktig å ha større fokus på velvære enn at livet skal være så langt som mulig (Birkeland & Flovik 2011 s.103).

2.4 Smerte og smertelindring:

International Association of the Study of Pain (IASP) definerer smerte slik:

«Smerte er en ubehagelig sensorisk og følelsesmessig opplevelse forbundet med faktisk skade eller vevsskade eller oppfattet som dette.» (Kaasa, & Borchgrevik, 2013 s.272).

Smertefenomenet er svært sammensatt. Der er ikke alltid at pasientens opplevelse av smerte er direkte relatert til de medisinske årsakene. Pasientens psykososiale tilstand og kulturelle faktorer spiller også inn (Kaasa & Borchgrevik 2013 s.272). Videre sier Kaasa & Borchgrevik (2013, s. 272) at den somatiske smerten er den grunnleggende årsaken til selve smerten, mens en rekke faktorer, slik som psykiske og sosiale faktorer, personlighetsvariabler, genetiske og nevrofysiologiske påvirker hvordan smerten oppleves som enkeltindividet.

Fordi smerte er en subjektiv opplevelse foreslår McCaffery & Beebe at man i klinisk praksis, bruker definisjonen som ble foreslått i 1968:

«Smerte er det som personen sier at det er, og den eksisterer når personen som opplever smerte, sier at han har smerte.» (McCaffery & Beebe, 2001 s.18).

Brentzen, Danielsen og Almås (2011 s.362) viser til den norske legeforeningen (2009) når de sier at:

Hovedmålet for smertelindring er klart for alle, pasienten skal ha det så godt det lar seg gjøre, uten unødvendige lidelser.

Hos kreftpasienter er smerten å betrakte som kronisk ved de fleste metastaserende tilstander. Kreftpasienter kan både ha akutt og kroniske smerter samtidig. Pasienter med uhelbredelig kreftsykdom har ofte kroniske smerter med akutte episoder. En spesiell form for akutt smerte er den såkalte gjennombruddssmerten. Den akutte smerten er forbigående og ofte assosiert med angst og usikkerhet. Når pasienten har fått forsikring om at det ikke kommer til å bli noen varig skade, forsvinner ofte angsten. En kronisk smerte er en vedvarende smerte på mer enn 3 på en 11-punkts Numerical Rating Scale (NRS). Smertene varierer ofte i intensivitet og varer over tid. Kroniske smerter er noe av det kreftpasienter frykter mest og den vanligste årsaken til at pasienter hypotetisk kan tenke seg å be om legeassistert selvmord (Kaasa & Borchgrevik, 2013 s.275). Et av de viktigste utgangspunktene for smertelindring er at, smerte må ses på som en tilstand pasienten er i, og ikke bare forstås ut fra de konsekvenser som smerten gir (Nortvedt & Nesse 1997 s.18).

Nortvedt og Nesse (1997 s.78) sier at målet med kartleggingen av smerter er å gi pasienten en forståelse av mekanismene bak smerteopplevelsen og av at smerten kan lindres. Samtidig vil en systematisk og grundig kartlegging være et viktig middel for å kunne tilby pasienten en planlagt og individuell tilpasset smertebehandling.

For og kartlegge smerter hos pasienter med kreft er det vanlig å bruke blant annet VAS-skalaen, ESAS- skjemaet og kroppskart. Kartleggingen før behandlingen starter, gir et utgangspunkt for å evaluere effekten av den (smertelindring, mestring og økt funksjonsnivå). Smertevurdering er også nødvendig for å kunne sammenlikne og evaluere ulike smertebehandlingsregimer. ESAS-skjemaet (Edmonton Symptom Assessment System) kartlegger flere symptomer samtidig. Det er besluttet at ESAS skal være kvalitetsindikator for palliativ behandling i Norge. Skjemaet har en skala fra 0-10, der null er «ingen plage» og 10 er «verst tenkelige plage». Skjemaet er enkelt og raskt å bruke. (Lorentzen & Grov, 2010. s. 412).

Ansvar for smertekontroll gjelder *alt* helsepersonell. Smertebehandling er ideelt sett flerfaglig, men hjørnesteinen i behandlingen vil i de fleste tilfeller være sykepleier. Mens nøkkelpersonene for god smertelindring er som oftest lege, sykepleier og pasienten. Sykepleieren tilbringer mye tid med pasienten, og kan fortløpende vurdere virkningen og bivirkningen av smertebehandlingen. For å oppnå en best mulig best mulig smertebehandling, er det vesentlig med gjensidig tillit mellom alle tre parter (McCaffery & Beebe, 2003. s.57).

Ved medikamentell smertelindring til pasienter med kreft brukes det et eget smertelindringsregime (Lorentzen & Grov, 2010. s. 419). Verdenshelseorganisasjon (WHO) har i samarbeid med IASP (International Society for the Study of Pain) utviklet en smertetrapp der hvert trinn representerer behandling ved en spesifikk smerteintensitet og forslag til smertelindrende behandling.

Helsedirektoratet (2013) har lagt retningslinjer for symptomlindrende behandling. Disse retningslinjene retter seg mest mot kreftpasienter, men behandlingsprinsippene kan brukes ved annen langt kommen sykdom. I palliativ behandling er fokuset lagt på lindring av pasientens fysiske smerter og plagsomme symptomer. Målet i behandlingen er å gi best mulig forutsetninger for så god livskvalitet for pasienten og dens pårørende. Retningslinjene fremhever også viktigheten av bruk av ulike verktøy for å registrere smertenens intensitet, karakter og lokasjon. (Lorentzen & Grov, 2010. s. 423)

Ikke-medikamentelle smertelindringsmetoder som musikk, massasje, akupunktur, avledning og avspenningsteknikker kan bidra til å redusere pasientens smerteopplevelse. Disse metodene kan derfor være et supplement til legemidler.

2.5 Lungekreft:

Halvparten av de som blir diagnostisert med kreft i Norge, blir friske av behandlingen, men for andre kan behandlingen bare ha smertelindring som formål. Kreft oppstår i en celle med genskade. Med genskade menes endringer i genens struktur. Ved celledeling føres genskaden videre til dattercellen. Skadene skjer gjennom flere cellegenerasjoner, inntil det oppstår en celle med tilstrekkelige skader på genene til å gi den de egenskapene som kjennetegner en kreftcelle (Bertelsen, Hornslien og Thoresen 2012 s.124-127). Forekomsten av lungekreft har vært sterkt økende i Norge de siste 40 årene. I 2012 var det 2902 nye tilfeller av lungekreft i Norge fordelt på 1602 menn og 1300 kvinner (Kreftregisteret, 2014). Lungekreft er i dag den tredje hyppigste kreftformen hos kvinner og den nest hyppigste hos menn i Norge.

Hovedårsaken til lungekreft er sigarettøyking, som står for 80-90 % av alle tilfellene. Andre årsaker til lungekreft er stråling, asbesteksponering, eksponering for tungmetaller og industrielle karsinogener (Mjell, 2011 s. 228).

Lungekreft deles inn i småcellet og ikke-småcellet kreft. De ikke-småcellede er hyppigst og utgjør ca. 70-80 % av lungekrefttilfellene. Den småcellede lungekreften utgjør ca. 20 % av tilfellene, er en aggressiv form for lungekreft, som er sterkt assosiert med sigarettøyking og har en tidens til rask vekst og tidlig spredning (Mjell 2011 s.229).

Lungekreft kan gi symptomer i luftveiene, symptomer fra andre organer ved spredning, uspesifikke sykdomsplager eller oppdages tilfeldig uten at det på forhånd er symptomer. Symptomene i luftveiene ved lungekreft, kan variere, men de vanligste er hoste, blodig ekspektorat, tung pust, fremmedlyder ved pusting, smerter ved inspirasjon, eller sykdommen kan debutere med en pneumoni (Mjell, 2011 s.229). Behandlingen av lungekreft varierer noe i forhold til om det er småcellet og ikke-småcellet lungekreft. Ved ikke-småcellet lungekreft utføres kirurgiske inngrep når det kan gi mulighet for helbredelse. Men det bare mulig å operere i 25 % av tilfellene. Ved de resterende 75 % av tilfellene gis det strålebehandling og cytostatika. Småcellet lungekreft har som oftest metastasert til flere organer ved diagnosetidspunktet, så operasjon er sjeldent eller aldri aktuelt. Som en konsekvens av dette er cytostatika derfor den mest aktuelle behandlingen. Det brukes vanligvis en kombinasjon av to eller flere ulike cytostatika, avhengig av tumorens utbredelse og pasientens allmenntilstand.

Lungekreft er en sykdom med svært dårlig prognose. Mindre en 10 % av alle som får lungekreft, er i livet fem år etter diagnosetidspunkt. Småcellet lungekreft har dårligst prognose, fordi den nesten alltid oppdages etter at sykdommen har metastasert, og derfor ikke kan opereres. Det er kun operasjon som kan helbrede lungekreft. Ved aggressiv småcellet lungekreft er levetiden uten behandling gjennomsnittlig tre måneder fra dignosetidspunktet, og med cellegift- og strålebehandling øker levetiden til 8-18 måneder. Lengst hvis det ikke er metastaser (Mjell, 2011 s.229-230).

3.0 Metode

3.1 Definisjon av «Metode»

Dalland, O. 2012 (s.111-112) sier at «Metode» er en fremgangsmåte for å frembringe kunnskap eller etterprøve kunnskap. «Metoden» er redskapet vårt i møte med noe vi vil undersøke. «Metoden» hjelper oss til å samle inn data, det vil si den informasjonen vi trenger til undersøkelsen vår. 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 Wengström 2008, s.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 Wengström 2008, s.34).

Vi har tre typer innfallsvinkler for å få frembringe kunnskap: Den **Kvantitative** og den **Kvalitative** forskningsmetoden, og **Mixed metodes** - som er en blanding av kvalitativ og kvantitativ metode. Disse metodene er utarbeidet for å kunne kartlegge, besvare og etterprøve den kunnskapen man jakter på. Dalland (2012 s.112) sier at de *kvantitative* metodene har den fordel at den gir data i form av målbare enheter. Tallene gir oss mulighet til å foreta regneoperasjoner, enten vi ønsker å finne gjennomsnittlig inntekt eller livskvalitet. I forhold til den *kvalitative* metoden sier Dalland at metoden tar sikte på å fange opp mening og opplevelse som ikke lar seg tallfeste eller måle (2012 s.112).

For å få frem ulikhetene mellom *kvalitativ* og *kvantitativ* metode trekker Dalland (2012 s.113) frem at den *kvantitative* metoden på den ene siden får frem en mest mulig eksakt avspeiling av den *kvantitative* variasjonen. Mens *kvalitativ* måte på den andre siden ønsker å gå i dybden og får frem det som er spesielt og eventuelt avvikende. Der den *kvalitative* metoden går i dybde, går den *kvantitative* i bredden for å innhente et lite antall opplysninger om mange undersøkelsesenheter.

Jeg har benyttet Kreftforeningens statistikk for å få så oppdaterte og nøyaktige tall som mulig, og i denne oppgaven vil jeg presentere en kvalitativ og en kvantitativ artikkel som hovedartikler. Men jeg ønsker også å åpne for Mixed-Method artikler for å kunne dekke problemstillingen på en best mulig måte.

3.2 Forskningsetiske vurderinger:

Etikk handler om regler og normer for god og dårlig oppførsel. Etikk gjør at vi analyserer og vurderer handlinger før vi utfører dem. Forskning skal ikke skje på bekostning av enkeltmennesket og enkeltpersoner, for at man skal finne ny kunnskap om ulike emner. Etisk komité som har røtter fra Helsinkideklarasjonen, legger stor vekt på beskyttelse av forsøkspersoner, og det er derfor ulike retningslinjer på forskning (Dalland, 2007 s.234-235). For at forskning skal bli godkjent må hele prosessen bli godkjent av forskningsetisk komité (Olsson & Sörensen, 2003 s.60). Studiene som har blitt valgt til å belyse problemstillingen på en best mulig måte, er alle godkjent av etisk komite, eller etisk granskning gjennom kunnskapssenteret sine nettsider. Forsberg og Wengström (2008 s,77) sier at i en litteraturstudie skal man velge studier som har fått godkjenning fra etisk komite eller der man viser at man har etisk gransket forskning. 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 resultater som støtter hypotesen eller ikke støtter den.

Etikken dreier seg om normene for riktig og god livsførsel. Stilt overfor vanskelige avgjørelser i livet skal etikken gi oss veiledning og grunnlag for vurderinger før vi handler. Etske overveielser handler om mer enn å følge regler. Det betyr at vi må tenke gjennom hvilke etiske utfordringer arbeidet vårt medfører, og hvordan de kan håndteres (Dalland 2012 s.95-96).

3.3 Litteratursøk:

Jeg har brukt helsebiblioteket.no for å finne nasjonale føringer i forhold til oppgavens problemstilling, og tatt utgangspunkt i de nasjonale føringene i forhold til palliasjon. For å finne aktuelle artikler har jeg brukt CINAHL sine søkemotorer fordi jeg synes at dette er den mest komplette søkemotoren vi har tilgang til.

Tabell: 1	Søk i CINAHL		
Søke id:	Søkeord:	Avgrensning:	Resultat:
S1	Quality of life and advanced lung cancer	2007-2014	203
S2	Quality of life and advanced lung cancer	2007-2014 + Full text	39

S3	Quality of life and advanced lung cancer and palliative care	2007-2014	50
----	--	-----------	----

Valgte artikkel nr.4 på søk S3. Quality of Life in Patients With Advanced Lung Cancer Treated at Home and at a Palliative Care Unit.

Tabell: 2	Søk i CINAHL		
Søke id	Søkeord:	Avgrensning:	Resultat
S1	Pain control	2007-2014 + Full Text	2885
S2	Pain control and end of life	2007-2014	241
S3	Pain control and end of life	2007-2014 + Full text	76

Valgte artikkel nr.3 S3. Pain control at the end of life: a comparative study of hospitalized and noncancer patients.

Tabell: 3	Søk i CINAHL		
Søke id:	Søkeord:	Avgrensning:	Resultat:
S1	Lung Cancer and Palliative care	2007-2014	344
S2	Lung cancer and palliative care and analgesic	2007-2014	1

S3	Palliative medication and cancer	2007-2014 + Fulltext	93
S4	Palliative medication and home care	2007-2014 + Fulltext	50
S5	Palliative medication kit	2007-2014 + Fulltext	4

Valgte artikkel nr. 1 på søk s5. The Palliative Medication Kit: An Effective Way of Extending Care in the Home for Patients Nearing Death.

Tabell: 4	Søk I CHINAL		
Søke id:	Søkeord:	Avgrensning:	Resultat:
S1	End of life care and advanced cancer	2007-2014 + Full text	88
S2	End of life care disussions and advanced cancer	2007-2014 + Full text	8

Artikkel nr.1 på søk S2 ble valgt. End-of-Life Care Discussions Among Patients With Advanced Cancer.

Tabell: 5	Søk I CINAHL		
Søke id:	Søkeord:	Avgrensning:	Resultat:
S1	Pain and Medication and Nurse	2007-2014 full text	109

S2	Pain and End of Life and Nurse	2007-2014 full text	75
S3	Pain management and End of life and Nurse	2007-2014 full text	30

Artikkel nr.2 søk S3 ble valgt. 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.

3.4 Kildekritikk:

Kildekritikk er de metodene som brukes for å fastslå om en kilde er sann. Det betyr å vurdere å karakterisere de kildene som benyttes (Dalland 2012 s.67). Videre sier Dalland (2012 s.68) at det er to sider ved kildekritikk. Den første handler om hjelp til å finne frem til den litteraturen som best mulig kan belyse din problemstilling. Det er dette vi kaller *kildesøking* eller litteratursøking. Den andre handler om å gjøre rede for den litteraturen jeg ønsker å anvende i oppgaven min.

3.5 Kritisk vurdering av artikler:

De artiklene som det vises til og som har blitt brukt i denne oppgaven er, kvantitative, Chorort og Mixed Method studier. Formålet med, og problemstillingene, kom klart og tydelig frem i alle studiene. Det er stilt gode inkluderingskriterier til deltakerne i de forskjellige studiene. Datasamlingen til de forskjellige studiene kommer godt frem, og det er brukt hensiktsmessige metoder for å belyse temaene. Hovedfunnene i artiklene kommer klart frem i alle studiene, det framkommer også av artiklene at de er godkjent av en etisk komite. Men forfatterne kunne utdypet sin faglige bakgrunn noe mer, da dette hadde styrket artiklene ytterligere.

4.0 Resultat

Steindal, S, A., Bredal, I, S, Sørbye, L, W. & Lerdal, A. 2011

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

Hensikt: Studien undersøker om det var en forskjell i hvordan helsepersonell dokumenterte smerter hos kreft og ikke-kreft pasienter.

Metode: Dette er en kvantitativ studie med 220 deltakere. 110 med kreft og 110 uten kreft. Dataen i studien ble hentet fra kardexer og journaler etter pasientens bortgang. Mens pasientene var i live, ble det gjennomført RAI-PC (Resident assessment instrument of palliative care).

Resultat/Funn: Resultatene ifra studien viser at helsepersonell konsekvent dokumenterte mer smerter hos kreftpasienter enn hos ikke-kreft pasienter, i løpet av deres tre siste dager. Den viser også at sjansen for å få uutholdelige smerter var fire ganger så store hos kreftpasienter, i motsetning til ikke-kreft pasienter. Pasientene som var med i studien sa at så god smertelindring som mulig, og god smertekontroll, var vesentlig for en så god som mulig livskvalitet inn mot livets slutt. Det kommer også frem at halvparten av deltakerne av studien var kognitivt svekket og ikke klarte å gi klart uttrykk for sine smerter. Her måtte derfor sykepleieren kartlegge og kategorisere smerter ut fra den non-verbale språket til pasienten.

Konklusjon: Smerter er et svært utbredt symptom hos døende sykehuspasienter. Helsearbeidere dokumenterte mer smerter hos pasienter med kreft enn ikke-kreft pasienter. Det kom også frem at kreftpasienter hadde større og mer intense smerter enn hos ikke-kreft pasienter. Den døende pasientens smerter var også dårlig dokumentert. Den viser også at sjansen for å få uutholdelige smerter var fire ganger så store hos kreftpasienter, i motsetning til ikke-kreft pasienter.

Leppert, W. Turska, A. Majokowicz, M. Dziegielewska, S. Pankiewicz, P. & Mess, E 2012

Quality of life in Patients With Advanced Lung Cancer Treated at Home and at a Palliative Care Unit.

Hensikt: Å kartlegge livskvaliteten hos pasienter med langt kommen lungekreft, og se på forskjellen mellom pasienter som bor i hjemmet og pasienter som bor på Palliativ Behandlings Avdeling/Enhet (Palliative Care Unit, PCU).

Metode: Artikkelen er en kvantitativ artikkel som også åpner for at man dekker en større base av test deltakere enn det kvalitativ forskning gjør. Det var 78 deltakere i studien og 50 av disse fullførte.

Resultat/Funn: Det var 50 av 78 pasienter som fullførte studien, og det kan konkluderes med at pasientene som var i hjemmet hadde større smerter enn de som var på PCU.

Konklusjon: Det var liten forskjell mellom livskvaliteten til pasienter som bodde i hjemmet og pasienter som bodde på Palliativ behandlingsavdeling/enhet (Palliativ Care Unit, PCU). Men det kom klart frem at pasienter som var i hjemmet hadde større smerter og økte plager med symptomer enn de som var på PCU.

Mack, Cronin, Taback, Huskamp, Keating, Malin, Earle & Weeks 2012

End-of-Life Care Discussions Among Patients With Advanced Cancer

Hensikt: Å evaluere forekomsten av slutten på livet diskusjoner (End Of Life, EOL) med pasienter med langt kommen lunge og kolorektal kreft. Studien stiller spørsmål ved når, hvor og med hvem disse samtaler tar plass.

Metode: Dette er en Cohort studie, det vil si at de har fulgt en gruppe mennesker over lengre tid for å kartlegge hvilken støtte de har fått. I dette tilfellet i forhold til slutten på livet diskusjoner. Det var med 2155 pasienter med langt kommen lungekreft og kolorektal lungekreft.

Resultat/Funn: 73 % av pasientene i studien hadde EOL behandlings diskusjoner identifisert av i hvert fall en behandler. Blant 1470 pasienter som døde under oppfølging, hadde 87 %

EOL behandlings diskusjon, sammenlignet med 41 % av de 685 pasientene som var i live på slutten av oppfølgingen.

Konklusjon: Selv om mange med lunge- og kolorektal kreft diskuterte slutten på livet med behandlere før døden, skjedde veldig mange av disse samtalene under akutte sykehusinnleggelses og ofte for sent i sykdomsforløpet.

Wowchuk, S.M., Wilson, A., Embleton, L., Garcia, M., Harlos, Mike & Chochinov, H, M. 2009.

The Palliative Medication Kit: An Effective Way of Extending Care in the Home of Patients Nearing Death.

Hensikt: Målet med studien var å lage palliative medisinkofferter (Palliative medication kit, PMK) som ble satt i pasientenes hjem, dette for å forlenge perioden dødssyke pasienter kan få være hjemme og eventuelt få dø i hjemmet. Den palliative kofferten inneholdt medisiner som skal anvendes når pasienten ikke lenger klarer å ta medikamenter per os. Disse medikamentene er rettet mot symptomer som vanligvis ville ført til sykehusinnleggelses. Pasientgruppen som mottar dette tilbudet har en forventet levetid på ca. to uker og som ønsker å være hjemme lengst mulig. Kofferten ble tatt i bruk når man opplevde symptom forverring eller kriser.

Metode: Fra 2002-2007 ble det plassert ut og brukt 293 kofferter til døende hjemmeboende. Dette er en kvalitativ studie. Til denne studien var de hyppigste terminal symptomene smerte, kvalme, oppkast, kortpusthet, uro, sekret fra luftveiene og svakhet.

Resultat/Funn: Fra 2002 til 2007, ble det totalt plassert 293 palliative medisin kofferter i pasienters hjem. 258 pasienter døde i hjemmet (88 %), sammenlignet med 24 % som døde utenfor pleieprogrammet gjennom hele studiet. Det ble altså en økning av hjemme død 39 % ved hjelp av PMK.

Konklusjon: Palliative medisinkofferter er en enkel og effektiv måte å forebygge smerter og holde symptomer i sjakk på. Det viser seg også at koffertene kan forebygge akutte institusjonsinnleggelses og øker pasientens mulighet til å dø i eget hjem.

Lim, J, T, W., Wong, E, T. & Aung, S, K, 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

Hensikt: Å dokumentere endringer i symptomer etter akupunktur, eller sykepleier ledet omsorg til pasienter med uhelbredelig kreft.

Metode: Pasienter med antatt levetid på minst tre måneder, med betydelige smerter og som hadde palliativ behandling ble utvalgt til å motta ukentlig akupunktur eller sykepleier ledet støttende omsorg for fire uker. ESAS score ble fylt ut før og etter behandling, samt ukentlig i seks uker etter endt behandling via telefon.

Resultat/Funn: Total symptom score ble gjennomsnittlig redusert med 22 % etter hver akupunkturbehandling, mens 14 % ble redusert etter hver sykepleier ledet støttende omsorgsbehandling. Ved studiens ende var ESAS score gått ned med 19 % ved akupunktur og 26 % ved sykepleierledet støttende omsorgsbehandling.

Konklusjon: Akupunktur ble godt tolerert og det var ingen bivirkninger av betydning for smertelindring. ESAS score var lavere etter hver behandling, og hadde best utslag på smerte og tretthet. Akupunktur hadde en umiddelbar god effekt på alle symptomer etter hver behandling, mens sykepleierledet støttende omsorgsbehandling hadde en større innvirkning seks uker etter den siste samtalen.

5.0 Drøftingsdel:

5.1 Kartlegging av smerter i hjemmet:

Steindal et al. (2011) viser i sin studie at kreftpasienter opplever større smerter på slutten av livet en ikke-kreft pasienter. Ukontrollerte og økende smerter kan øke menneskets lidelser mot livets slutt. Den døendes oppfatning av smerten og hvor god smertelindringen er essensielt for hvordan den siste tiden blir. Dette stiller store krav til behandlende leger og sykepleiere. I tilfeller der pasienter ikke har språk, eller ikke ønsker å snakke om smerten. Er det sykepleierens oppgave å kritisk vurdere pasientens nonverbale språk for å kartlegge smertene og iverksette tiltak for å lindre smerten og lidelsen på en best mulig måte. Noen pasienter ser på smerter som en naturlig del av det å være syk, og derfor rapporterer de ikke smerten verbalt. Uro, rynket panne, sukking og stønning er sterke indikasjoner på smerter. Disse bør være utgangspunkt for smertelindring og dokumenteres grundig i journal. Almås et al. (2010, s.412) sier at sykepleier har ansvar for å kartlegge pasientens totale smerter og beskrive disse over tid. Ved smertekartlegging hos kreftpasienter er det vanlig å bruke VAS- skalaen, kroppskart og ESAS skjema.

I Norge er ESAS symptomskjema en kvalitetskoordinator for palliativ behandling. Hensikten med ESAS skjemaet er å kartlegge flere symptomer samtidig. Ved en introduksjon og opplæring om ESAS-skjema når pasienten får diagnosen uhelbredelig kreft, vil pasienten selv kunne fylle ut skjemaet og behandler kan dermed følge pasientens smerter og smertelindring gjennom den siste tiden. Erikssons teorier om det lidende mennesket er veldig relevante i forhold til dette. Eriksson sier at den unødvendige lidelsen bør vi strebe etter å eliminere, men det finnes lidelse som ikke kan elimineres og som vi bør gjøre alt for å lindre (1995 s.76). For at vi skal kunne lindre pasienten best mulig er det vesentlig for sykepleier å ha kunnskaper om anvendelsen av ESAS skjema. Det er vesentlig for sykepleier å ha i bakhodet at smerte er det pasienten sier at den er. Den eksisterer når pasienten som opplever smerte sier at han har smerter.

Når man tar ESAS skjemaet tidlig i bruk og lar det følge pasienten gjennom den siste tiden, kan man aktivt bruke score til argumentasjon med behandlende lege om mulige medikamentendringer og opptrappinger. Forutsetningene for at vi skal kunne lindre, er at vi skaper en pleiekultur der mennesket føler seg velkommen, respektert og føler omsorg. Dette burde være implisitt for de som jobber i hjemmet til pasienten, da vi er utenforstående og ønsket velkommen inn i pasientens hjem.

Eriksson (1995, s.76) sier at å lindre pasientens lidelse innebærer fremfor alt å ikke krenke pasientens verdighet, ikke fordømme og misbruke makt, men i stedet gi den pleien som pasienten trenger. Som sykepleier har du ansvar for pasienten og i følge NSF og de etiske retningslinjene som er implisitt i vår utdanning, så har pasienten krav på at du som sykepleier utfører en praksis som lindrer og bidrar til en verdig død. I Helsedirektoratets retningslinjer for palliasjon og palliativ behandling kommer det frem retningslinjer for symptomlindring og behandling. Disse sier at den palliative behandlingen har som mål at behandlingen skal gi en best mulig livskvalitet for pasienten og den pårørende. Retningslinjene sier også at man som ferdigutdannet sykepleier skal ha kunnskap om systematisk symptomkartlegging, observasjon og evaluering, samt smertebehandling og annen symptomlindrende behandling.

Retningslinjene understreker også at bruken av ulike verktøy for kartlegging av smerter er vesentlige. Disse verktøyene skal registrerer smertens intensitet, karakter og lokasjon. For å oppnå tilfredsstillende smertekartlegging vil ESAS skjemaet derfor være ideelt. Ikke bare for å iverksette smertelindrende tiltak., men også for å følge opp pasienten så godt som mulig i forhold til smerte og symptom økning. En forutsetning for at dette skal være mulig er at sykepleier aktivt legger til rette for utfylling av ESAS-score, også når pasienten har store smerter.

5.2 Hvordan sikre smertelindring i hjemmet:

I studien til Leppert et al (2012) kom det frem at pasienter som ønsket å dø i hjemmet hadde større smerter og at de var plaget med flere symptomer, enn pasienter som tilbragte den siste tiden ved palliative avdelinger (PCU). Hos pasienter i palliativ fase er det essensielt med tilfredsstillende smerte- og symptomlindring. Gjennom god smertelindring vil pasientene få en høyere livskvalitet og en mer verdig slutt på livet. Eriksson (1995, s.59) viser til at lidelsen er en del av livet. Men det ligger i menneskets natur å forsøke å lindre lidelsen. Sett med Erikssons øyne er det vesentlig for sykepleier å legge til rette for en så smertefri hverdag for pasienten og pårørende som mulig.

Kreftmerter er en kronisk tilstand og man skal derfor innrette behandlingen deretter, vedvarende smerter kan øke pasientens oppgitthet, medvirke til sosial isolasjon og gi en følelse av et uverdige liv (Kaasa 2013, s.262). Sett i lys av dette, vet vi at ikke all smerte kan fjernes. Det er nødvendig å sette seg realistiske mål i forhold til hva man kan oppnå, på tross av at alle eksisterende midler skal tas i bruk. På den ene siden er det urealistisk å sette et mål

om at livets slutt for kreftpasienter skal være smertefritt. Mens man på den andre siden må gjøre alt for at livet til pasienten og deres pårørende så godt som mulig. Det vil da si med minst mulig smerter og andre symptomer (Kaasa 2013, s.263). Hvis man gir pasient og pårørende falske forhåpninger om total smertelindring og ikke klarer å gjennomføre dette kan det skape et mistillitsforhold mellom pasient og pleiere. Dette strider også klart mot målene til smertelindring: - Pasienten skal ha det så godt det seg gjøre, uten unødvendige lidelser. Birkeland og Flovik (2011, s.109) sier at alvorlig sykdom og død alltid vil være forbundet med noe vondt og vanskelig. Pasient og pårørende har derfor ikke bare behov for psykisk og fysisk støtte, men også oppriktighet i forhold til hva som er realistiske mål når livets slutt nærmer seg. I de tilfellene der det ikke er lett å utrykke følelser med ord, blir det nonverbale språket desto viktigere. Det er derfor essensielt at sykepleier er klar over sitt eget kroppsspråk og hvordan de blir oppfattet i samhandling med pasient og pårørende.

Smertelindring er todelt, den kan deles inn i medikamentell og ikke-medikamentell behandling. Den medikamentelle behandlingen følger WHO`s og IASP`s smertetrapp og pasientens score på ESAS skjemaet. Smertetrappen representerer behandling ved en spesifikk smerteintensitet, med forslag til smertelindrende legemidler. Mens ESAS skjemaet gir en klar indikasjon på hvordan pasienten selv oppfatter sin situasjon. Med den ikke-medikamentelle smertelindringen, er det vanligvis brukt flere typer forskjellige behandling. Eksempler på denne formen for behandling er akupunktur, musikk, massasje, avledninger og avslapningsteknikker. Disse formene for behandling blir ofte brukt hånd i hånd med medikamentell behandling. Studien til Lim et al. (2011). Er et godt eksempel på ikke-medikamentell behandling. I studien er en av behandlingsformene de tar opp akupunktur. Før og etter hver behandling ble det tatt ESAS-score. Akupunktur nålene ble plassert hensiktsmessig ut ifra de aktuelle symptomene den gjeldende dagen. Resultatene ifra forskningen var at behandlingen ble godt tolerert som smertebehandling til pasienter i palliativ fase med kreft. Resultatene var gode i forhold til ESAS-skjemaet, men smertelindringen hadde en kortere virkning enn medikamenter.

På samme måte som at smertelindring er todelt er også smerteoppfattelsen todelt. Eriksson (1995, s67) sier at vi gjennom sykdomslidelsen møter den fysiske smerten og den sjelelige og åndelige lidelse. Den fysiske smerten er forårsaket av sykdommen og behandlingen. Mens de sjelelige og åndelige lidelsen på den andre siden er forårsaket av de opplevelsene av fornedrelse, skam eller skyld mennesket erfarer i forhold til sykdommen. Det er derfor

vesentlig for sykepleier å være klar over at pasienter i palliativ fase ikke bare kan ha fysiske smerter, men også eksistensielle smerter som kan føre til fysiske smerter. Selv om ansvaret for all medikamentell smertekontroll gjelder *alt* helsepersonell og smertelindringen er ideelt sett flerfaglig er det sykepleier som er hjørnesteinen i behandlingen (McCaffery & Beebe 2003. s.57). Det er sykepleier som tilbringer mest tid med pasienten og derfor også kjenner pasienten best. Sett i lys av dette er det essensielt at sykepleier er klar over at smerte er todelt. I den eksistensielle smerten legges også tapsfølelsen av at livet går mot slutten, noe som er vanskelig og forholde seg til. Det er derfor vesentlig at sykepleier setter av tid til å prate om smerten, tap og fornedrelse.

Gjennom artikkelen til Leppert et al (2012) kom det klart frem at pasientene på PCU hadde færre symptomer og ble fortore smerte lindret enn pasientene som var i hjemmet. Pasientne på PCU hadde den fordelen at de hadde døgntilgang til sykepleiere og medisinsk utstyr. Dette kom tydelig frem som en fordel hos de pasientene som fikk pustebesvær, der pasientene i hjemmet måtte vente lenge på O2-maskin, hadde pasientene på PCU oksygenuttak i veggen. For å kunne utøve en best mulig pleie i hjemmet til pasienten, er det derfor viktig at man som sykepleier systematisk kartlegger problemer, ressurser og grunnleggende behov. Sykepleieprosessen er her et essensielt redskap for å kunne identifisere behov og tilby riktige smertelindrende tiltak. Alvorlige plager og symptomer skal behandles raskt og tiltak som igangsettes skal evalueres fortløpende og systematisk. Gjennom en slik praksis vil man som sykepleier kunne være i forkant og gjennom kontinuerlig kartlegging og vurdering av iverksatte tiltak, skape en så god pleie som mulig.

Eriksson (1995, s.76) sier at pasientens lidelse innebærer fremfor alt å ikke krenke pasientens verdighet. For og underbygger dette sier hun at det er lett å overse tilsynelatende små detaljer for oss, men som er store for pasienten som er avhengig av pleien. For sikre en best mulig pleie i hjemmet er det derfor viktig å sette av god tid til prat og prosedyrer for å skape en best mulig tillit til pasient og pårørende. McCaffery & Beebe (2003 s.19) sier at hver gang pasienten viser at han har smerter men helsepersonellet viser at de ikke tror på eller ikke oppfatter pasientens smerter, ser de i virkeligheten ikke pasienten. Dermed svekkes pasientens tillit til helsepersonellet. Som sykepleier er det vårt ansvar å sørge for best mulig smertekontroll for pasientene, uansett hvilke kliniske sammenheng man arbeider i. Kaasa et al (2013 s,215) sier at helhetlig omsorg forutsetter tverrfaglig og tverretatlig samarbeid. Mange yrkesgrupper og flere omsorgsnivåer må være involverte i omsorgen for en palliativ pasient.

Når pasienten er hjemme, utgjør sykepleier, hjelpepleier og lege «stammen» av behandlende omsorgspersoner. Andre fagpersoner som prester, ergo- og fysioterapeuter kan også spille en rolle i smertelindringen. Men for å sikre pasientens smertelindring best mulig, vil man som sykepleier alltid være hjørnesteinen i pasientens behandling.

5.3 Hjemmet som arena i den palliative fase:

Birkeland og Flovik (2011 s.103) sier at palliativ omsorg har som mål å forbedre livskvaliteten til uhelbredelig syke pasienter og deres pårørende. Livet skal være så godt som mulig den siste tiden. Dette betyr at i palliativ fase, står lindring av smerte og lidelse sentralt. Dette er i god overenstemmelse med WHO`s definisjon på palliativ behandling: - Palliativ behandling er en tilnærming som forbedrer livskvaliteten til pasienten og deres pårørende i møte med uhelbredelig sykdom, gjennom forebygging og tidlig lindring av smerter og andre problemer, fysiske, psykiske og åndelige (Kaasa, 2013 s.37). Det Birkeland og Flovik sier, sammenfaller også godt med målet til smertelindring, pasienten skal ha det så godt det lar seg gjøre, uten unødige lidelser.

I hjemmetjenesten har en ofte et stort arbeidspress, og tidsmangel kan være et problem. Tidsmangel kan føre til at pasientene får kortere og dårligere oppfølging enn det de egentlig har krav på. Dette kan skje som en følge av at det er for få mennesker på jobb, og ofte også mangel på sykepleiere. Som sykepleier i hjemmetjenesten er det derfor viktig å lære opp pasienter og pårørende i forhold til medikamenter og smertelindring. For pasienter som har interesserte og omsorgsfulle familiemedlemmer og pårørende rundt seg, vil en gjerne se at de støtter og styrker tryggheten hos pasienten. Eriksson (1997, s.41) sier at det som har størst betydning, er hvilken holdning vi inntar til lidelsen. Når man ikke lenger kan helbrede eller lindre et menneskes smerter, bør man forsøke å mobilisere dets evne til å oppfylle lidelsens mening.

I artikkelen til Wowchuk et al (2009) vises det at det er få av de som ønsker å dø i hjemmet, som får oppfylt dette ønsket. Gjennom studien kom viktigheten av familien og deres støtte frem. Det var flere pasienter som gav uttrykk for ønske om å dø i en familiær setting, med pårørende tilstede. For denne gruppen pasienter var støtten fra familien viktig å få frem. Birkeland og Flovik (2011, s.102) sier at for pasienter som ønsker å være i hjemmet den siste tiden av livet, er det avgjørende å ha folk rundt seg. I denne fasen er familien og pårørende en viktig ressurs. Pårørende kan komme med informasjon om hvordan de opplever pasienten, hvordan de opplever smertene til pasienten og gi informasjon om pasientens tilstand om

pasienten ikke klarer å gjøre rede for dette selv. Pårørende er derfor en vesentlig ressurs ikke bare for pasienten, men også for helsepersonellet som er i pleien. Dette fordi de kjenner pasienten bedre og ofte ser endringene hos pasienten før sykepleier.

Flere faktorer må være tilstede for at pasienter med uhelbredelig kreft kan være hjemme den siste tiden. Innstillingen til det å dø i hjemmet, sterk og klar støtte ifra familien for pasientens beslutning, samt tilrettelegging av hjemmet og en tilstedeværelse av hjemmesykepleien og pårørende. For at dette skal kunne bli en realitet må man ha god kontroll på pasientens smerte og andre symptomer. I dette legges det da at medikamenter må være tilgjengelige hele døgnet, samt at pårørende og pasienten har kunnskaper om hvordan medikamentene håndteres og administreres.

Hjemmesykepleien har ikke alltid muligheten til å komme på minuttet, når pasienten har behov for det. Dermed må pasienten og pårørende ha informasjon og forståelse for hvordan medikamenter kan administreres. I palliativ fase er det ikke gitt at pasienten klarer å ta medikamenter per os. Familien og pårørende må da bli lært opp i bruk av andre medikamenter som gir god symptomkontroll. Slik jeg ser det og har opplevd det, er samarbeidet mellom familien, pårørende samt tilstedeværelsen av hjemmesykepleien essensielt for å kunne hjelpe pasienten best mulig.

Pårørende kjenner pasienten godt fra før og kan se forandringer før sykepleierne som er ute i pleien. Gjennom å kontakte sykepleier ved bruk av vakttelefon eller alarm, kan de få en veiledning om hvilke medikamenter de kan gi hvis sykepleier er langt unna og pasienten er i store smerter. Det faktum at pårørende kan gi pasienten noe smertestillende uten at sykepleier er tilstede, gir en enorm trygghet til pårørende og pasient samtidig som det er en stor tillitserklæring fra sykepleier sin side. Dette vil være med på å skape trygghet for pasienten og pårørende.

Mack et al (2012) viser i sin studie at de aller fleste av pasientene i palliativ fase hadde hatt diskusjoner med sine behandlende leger og sykepleiere om livets slutt. Men det som også kom frem var at pasienten hadde hatt disse samtalene ved akutte innleggelser på sykehus og ofte sent i behandlingsforløpet. Dette kan være med på å skade tillitsforholdet mellom pasient og pleiere. Det at samtalene blir utsatt i den palliative fasen kan føre til at pasienten ikke føler seg sett. Nos som igjen kan føre til at pasienten og deres pårørende ikke får gitt uttrykk for sine ønsker vedrørende livets slutt. Eriksson (1996 s.73) sier at det å utøve makt er en måte å påføre andre lidelse på. Det at det ikke blir satt av tid til tidlige diskusjoner om livets slutt, vil

i Erikssons øyne bli sett på som en lidelse i pleien. Det at man ikke ser en pasient som lider, eller setter av tid til den, vil være med på å svekke tilliten til de man er avhengig av for og oppleve livskvalitet og tilstrekkelig smertelindring.

Det viste seg at tidlige diskusjoner om livets slutt, også har hatt en god effekt på pasientene da det har hjulpet dem med å forberede seg psykisk til livets slutt. Dette har også vist seg å være en viktig del av prosessen med å akseptere egen situasjon, sorgen over sin situasjon og tapene som følger døden og deres styrkning av relasjoner. Samtalene om livets slutt burde skje når pasientene får diagnosen om langt kommen kreft, istedenfor i deres siste uker i de tilfellene dette er mulig. Dette samsvarer også med retningslinjene for «livets slutt»-diskusjoner (EOL).

Helsedirektoratet (2012) viser i sine retningslinjer for symptomlindrende behandling, at en skriftlig behandlingsplan skal foreligge. I praksis vil dette bety en skriftlig nedtegnelse som ivaretar helhetlig pleie og omsorg. Pasienten vil ha en skriftlig plan som han/hun kan forholde seg til og pleiepersonellet en konkret arbeidsplan de kan følge, for å gi pasientene best mulig oppfølging. Artikkelen til Wowchuk et al (2009) viser at den palliative kofferten de fremmer, gjør det mulig for pasienten å være hjemme helt til døden inntreffer. Dette vil minske smertene og det vil kutte ned på sykehusinnleggelse. Dette fordi medikamentene i skrinet er beregnet på smertelindring og symptomer som vanligvis fører til sykehusinnleggelse. Det anbefales at hjemmesykepleien er til stede når man tar i bruk medikamentskrinet. Som sykepleier må man ha muntlig eller skriftlig bekreftelse/samtykke av behandlende palliativ lege, før man administrerer medikamenter. Kofferten var konstruert slik at den var todelt. Den ene delen var slik at pasient og pårørende kunne administrere medikamenter. Den andre delen var en boks som var låst og som kun hjemmesykepleien kunne administrere. Medikamentene i boksen skulle lindre kortsiktige behov. Enten i forhold til en snarlig død eller i tilfeller der man ønsket å vinne tid i forhold til at et apotek kunne nås. Det er behandlende lege som administrerer og ordinerer hvilke medikamenter som skal tas i bruk av pasienten, mens sykepleier ordinerer og gir medikamentene til pasienten. Det betyr at pasienten kan få morfin fra sykepleier uten å kontakte lege.

Fordelen med den palliative kofferten, er at pasienten kan bli behandlet med en gang og slippe sykehusinnleggelse. Det negative med kofferten, er at denne fasen dermed kan gå for fort og at de pårørende ikke får den tiden de hadde sett for seg med den syke før bortgangen.

6.0 Konklusjon:

Når pasienten selv gir uttrykk for at han ønsker å være den siste tiden av livet i hjemmet, er det viktig for personellet i hjemmetjenesten å få kartlagt om pasienten har pårørende rundt seg som støtter avgjørelsen. Dette er vesentlig dersom hjemmesykepleien ikke har nok ressurser tilgjengelig. For at det skal være mulig for pasienter å dø i hjemmet, er det en forutsetning at man har kontroll på smerter og ulike symptomer. Gjennom tidlig integrering av ESAS skjema vil man kunne følge pasientens smerteutvikling og bruke scoren som aktiv statistikk ikke bare i forhold til økning av smertestillende, men også for å kunne si noe om pasientens livskvalitet. Det er også vesentlig når man utfyller ESAS skjemaet at smerter er det pasienten sier at den er. Dette vil være det overordnede målet for palliativ behandling, men det er også vesentlig å ha målet for smertelindring klart for seg: - Pasienten skal ha det så godt det lar seg gjøre, uten unødvendige lidelser. Den palliative omsorgen har som mål at livskvaliteten til pasienten skal opprettholdes eller forbedres. Gjennom et godt tverrfaglig og tverretatlig samarbeid, kan pasienten få et helhetlig tilbud, med fortløpende vurderinger for å skape det beste pleietilbudet til pasienten. Erikssons teorier om lidelse er vesentlig i forhold til denne pasientgruppen. Det å være klar over at sykdomslidelsen er todelt, der forholdet mellom smerte og lidelse er sentralt, er essensielt for å kunne gi en så god pleie som mulig. Samt det å se pasienten når han gir uttrykk for at han opplever smerter. Den medikamentelle smertelindringen burde gå hånd i hånd med ikke medikamentell smertelindring for å kunne lindre pasientens smerter på en best mulig måte, samt at den palliative kofferten burde bli integrert i Norge for at man skal kunne tilrettelegge smertelindringene bedre i hjemmet til den palliative lungekreftpasienten. Dette vil være med på å sikre en så god smertelindring til pasienten som mulig, samt minske sykehusinnleggelse og spare samfunnet for disse kostnadene. Fordelen for sykepleierne er at de da kommer tettere på pasienten og dens pårørende, og der igjennom sikre en behagelig og verdig avslutning for pasienten, i kjente omgivelser.

Kildehenvisning

- Berntzen, H., Danielsen, A. & Almås, H. (2010). Sykepleie ved smerter. I H. Almås, D-G. Stubberud & R. Grønseth (Red.), *Klinisk sykepleie 1* (4. utg., s. 355-398). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Bertelsen, B., Hornslien, K & Thoresen, L. (2012). Svulster. I S. Ørn., J. Mjell & E. Bach-Gansmo (Red.), *Sykdom og behandling* (123-145). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Birkeland, A. & Flovik, A. M. (2011). *Sykepleie i hjemmet*. Akribe AS.
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving*. Gyldendal Norsk Forlag AS
- Eriksson, K. (1995). *Det lidende menneske*. Otta: Tano.
- Forsberg, C. & Wengström, Y. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier: Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Guldvog, B. *Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen*.
Hentet 07.01.2015 fra: <http://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/palliasjon/forord>
- Kaasa, S. & Borchgrevink, P. C. (2013). Hva er smerte? Et klinisk perspektiv. I S. Kaasa (Red.), *Palliasjon, Nordisk lærebok* (2. utg., s. 271-283). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kaasa, S. (2013). Palliativ medisin, en introduksjon. I S. Kaasa (Red.), *Palliasjon, Nordisk lærebok* (2. utg., s. 29-46). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kreftregisteret (2014, 14. mai). *Canser in Norway in 2012*. Hentet 19. januar 2015 fra <http://www.kreftregisteret.no/no/Registrene/Kreftstatistikk/>
- Leppert, W. Turska, A. Majokowicz, M. Dziegielewska, S. Pankiewicz, P. & Mess, E (2012). Quality of Life in Patients With Advanced Lung Cancer Treated at Home and at a Palliative Care Unit. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine* ® Doi: 10.1177/1049909111426135.
- Lim, J. T. W., Wong, E. T., & Aung, S. K. 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. *Acupunct Med.*
doi:10.1136/aim.2011.004044
- Mack, J. W., Cronin, A., Taback, N., Huskamp, H. A., Keating, N. L., Malin, J. I., Earle, C. C. & Weeks, J. C (2012). End-of-life care discussions among patients with advanced cancer. *American College of Physicians.* Doi: 10.7326/0003-4819-156-3-201202070-00008
- McCaffery, M. & Beebe, A. (2001). *Smertes, lærebok for helsepersonell.* Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Mjell, J. (2011). Sykdommer i respirasjonsorganene. I S. Ørn., J. Mjell & E. Bach-Gansmo (Red.), *Sykdom og behandling* (209-242). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Nortvedt, F. & Nesse, J. O. (1997). *Smertelindring, utfordring og muligheter.* Oslo: Universitetsforlaget.
- Olsson, H. & Sörensen, S. (2003). *Forskningsprosessen – kvalitative og kvantitative perspektiver.* Gyldendal Norsk Forlag AS.
- 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
- Wowchuk, S., M., Wilson, A., Embelton, L., Garcia, M., Harlos, M. & Chochinov, H., M. (2009). The palliative medication kit: an effective way of extending care in the home for patients nearing death. *Journal of palliative medicine.* Doi: 10.1089/jpm.2009.0048