

Campus Elverum
Avdeling for folkehelsefag

4BACH

Rebeca Barbosa Da Silva de Lima og Teneh Keita

Veileder: Gunilla Fredheim

Bacheloroppgave i sykepleie

God livskvalitet ved livets slutfase

Good quality of life at the end of life

Antall ord: 11250

BASY14

2017

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage

JA NEI

SAMMENDRAG

BAKGRUNN: Siden dette er vår siste eksamen i sykepleierutdanningen ønsket vi dermed å ha fokus på et tema som begge har interesse for og erfaring med. Vi ønsket også å tilegne oss mer kunnskap om dette teamet, siden den er av betydning for sykepleiefaget.

HENSIKT: Formålet med oppgaven er å belyse hvordan sykepleiere kan gi god lindrende behandling hos pasienter med cancer pulm, i den siste fasen av livet. Gjennom å lindre pasientenes kroppslige plager, hjelpe pasienten med å se mening med livet og ha best mulig livskvalitet.

METODE: For å besvare oppgaven har vi tatt utgangspunkt i 4 kvalitative forskningsartikler, pensumlitteratur og selvvalgtlitteratur. Vi har også benyttet oss av blant annet statistikk, offentlige dokumenter.

RESULTAT: Pasienter i livets slutfase har behov for lindrende behandling av kvalitet. Dette innebærer at sykepleieren har tilstrekkelig kunnskap for å kunne ivareta disse pasientene. På denne måten vil det være mulig for sykepleieren å lindre fysiske plager. Sykepleieren må også ha gode kommunikasjonsevne til å kunne danne relasjon med pasienten.

KONKLUSJON: Sykepleieren kunnskap og evnen til å kommunisere og danne relasjoner er av stor betydning for den lindrende behandlingen som pasienten får.

INNHOOLD

1 INNLEDNING	s. 5
1.1 Formål med oppgaven	s. 5
1.2 Presentasjon av problemstilling	s. 5
1.3 Avgrensning av oppgaven	s. 6
2 METODEKAPITTEL	s. 7
2.1 Metode	s. 7
2.2 Litteraturstudie som metode	s. 7
2.3 Litteratursøk	s. 7
2.4 Presentasjon av artikler	s. 9
2.5 Kildekritikk	s. 11
2.6 Etske overveielser	s. 12
3 GRUNNLAG I SYKEPLEIE	s. 13
3.1 Kunnskapsbasert sykepleie	s. 13
3.2 Joyce Travelbee	s. 13
3.2.1 Sykepleierens funksjon	s. 15
3.2.2 Lindrende behandling	s. 15
3.2.3 Livskvalitet	s. 16
3.3 Pasienter med cancer	s. 16
3.3.1 Cancer pulmonalis	s. 16
3.4 Livets slutfase	s. 17
3.5 Kroppslige plager	s. 18
3.5.1 Kvalme	s. 18
3.5.2 Smertes	s. 18
3.5.3 Smertetrappen	s. 19

4	DISKUSJON.....	s. 21
4.1	Pasientcase	s. 21
4.2	Betydning av sykepleierens kunnskap	s. 22
4.3	Et menneske- til menneske forhold	s. 26
4.4	Lindring av kroppslige plager	s. 30
5	KONKLUSJON	s. 35
6	LITTERATUR	s. 37
	VEDLEGG 1: PICO SKJEMMA	s. 42
	VEDLEGG 2: FORSKNINGSSØK	s. 43

1. INNLEDNING

Globalt sett er cancer den vanligste årsak til økt dødsfall. I 2012 døde 8,2 millioner mennesker av cancer. Cancer pulmonalis er den som forårsaker 22% av all dødsfall (World health organization, 2017). I Norge er cancer pulmonalis den 3 hyppigste kreftformen som forekommer blant kvinner og menn. I 2015 var 3035 antall tilfeller hvor 1564 menn og 1471 kvinner ble rammet. Av de 3035 rammede døde 2175 av dem (Kreftregisteret, 2015).

Hovedårsaken til cancer pulmonalis blant kvinner og menn er sigarettøyking. Risikoen for å utvikle sykdommen øker med antall år personen har røykt og mengde sigaretter som blir røykt daglig. Viktigste forebyggende tiltak er å redusere sigarettøyking (Mjell, 2014, s. 228-230).

1.1 FORMÅL MED OPPGAVE

Dette er vår siste eksamen i sykepleierutdanningen. Vi skriver oppgaven etter Høgskolen i Elverum sine retningslinjer for bachelor i sykepleie. Formålet med å skrive denne eksamen er å innhente og tilegne oss mer kunnskap om lindrende behandling i livets slutfase. Vi har erfaring med denne pasientgruppe både fra jobb og praksis. Dette temaet er av betydning for sykepleiefaget og cancer generelt er en framtidig helseproblem som er i stadig stor økning. Det er dermed viktig at vi har tilstrekkelig kunnskap for å kunne yte god og forsvarlig sykepleie til disse pasientene. I livets slutfase har disse pasientene behov for å bli møtt med respekt, omsorg og empati.

1.2 PROBLEMSTILLING

‘’ Hvordan kan sykepleier gi god lindrende behandling ved livets slutfase hos pasienter med cancer pulm? ‘‘

1.3 AVGRENSNING AV OPPGAVEN

Vi har valgt et tema som er meget bredt i mange områder og som kan være utfordrende for sykepleiere. På grunn av dette ønsker vi å avgrense bestemte områder. For å avgrense oppgaven ønsker vi å bruke en oppdiktet pasientcase som blir presentert i diskusjonskapittelet. Den er også ment for å introdusere pasientens livssituasjon. For å yte god sykepleie for denne pasientgruppe er det 7 sykepleie funksjonsområder som er av betydning. Disse er helsefremming, forebygging, behandling, lindring, rehabilitering, undervisning og veiledning, organisering, administrasjon og ledelse, fagutvikling, kvalitetssikring og forskning (Kristoffersen, Nortvedt, & Skaug, Grimsbø, 2016, s. 17). I oppgaven vår ser vi at det er hensiktsmessig å ha hovedfokus på den lindrende funksjonen. På denne måten vil vi kunne besvare problemstillingen vår samt gi pasienten god lindrende behandling i den levetiden han har igjen. Sykepleierens lindrende funksjon vil ha fokuset på å lindre pasientens kroppslige plager. Pasienter med kreft blir utsatt for mange forskjellige kroppslige plager og vi er klar over at symptomene kan forsterke hverandre. Vi ønsker ikke å nevne alle dem i oppgaven og har derfor valgt å fokusere på to av de mest rapporterte symptomene som er fysiske smerter og kvalme. Vi kjenner også til at det er forskjellige typer smerter og at det er forskjellige faktorer som kan påvirke pasientens opplevelse av smerter. Pasientens kvalme i caset skyldes bruk av opioider i behandlingen av smertene.

Målet med lindrende behandling er at pasienten skal ha best mulig livskvalitet. Livskvalitet i seg selv er et stort begrep og har ulike betydninger. Dette begrepet brukes i mange forskjellige sammenhenger og i oppgaven ønsker vi å ha fokus på livskvalitet hos kreftpasienter. For at pasienten skal få best mulig lindrende behandling ved livets slutfase, er forholdet mellom sykepleieren, pasienten og pårørende meget viktig. Pårørende er gode samarbeidspartner og er en ressurs som må ivaretas. Siden vi er nødt til å avgrense oppgaven kommer vi derfor til å ha fokus på sykepleier- pasient- fellesskapet og pårørende vil ikke bli nevnt annet sted enn i caset. Pasienten i caset er i livets slutfase da han har en inkurabel cancer. Det er vanskelig å vite hvor lenge pasienter med cancer kan leve, dette kan være alt fra uker til flere måneder. Vi ønsker derfor å ha fokus på pasientens nåværende situasjon (Sæteren, 2016, s. 241)

2. METODEKAPITELL

I dette kapitlet ønsker vi å introdusere metodevalget vårt, samt vise fremgangsmåten som vi har brukt for å søke og finne relevante forskningsartikler og litteratur. Vi ønsker også å presentere forskningsartikler som er valgt og til slutt tar vi for oss kildekritikk av litteraturen.

2.1 METODE

«En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder» (Dalland, 2014, s. 111).

2.2 LITTERATURSTUDIE SOM METODE

For å besvare problemstillingen vår, ønsker vi å bruke litteraturstudie som metode. Dette da det er nødvendig å innhente ny og oppdatert kunnskap fra forskjellige kilder. Ved å bruke litteraturstudie vil vi da kunne ha et systematisk søk og være kritiske til den informasjonen som blir innhentet. På denne måten vil vi kunne besvare problemstillingen vår på en systematisk måte og gi leseren en forståelse for valg av tema og hva den nye kunnskapen sier om dette (Thidemann, 2015, s. 79- 80).

2.3 LITTERATORSØK

Litteratursøk er en måte for å skaffe litteratur til oppgaver, det kan gjøres ved å søke manuelt og skal gjøres ved å søke i databaser. Det essensielle ved litteratursøk er å vite hva en ser etter. Det fins ulike typer for litteratur. I oppgaven vår ønsker vi å benytte blant annet lærebøker, artikler statistikk, offentlige dokumenter (Thidemann, 2015, s. 83)

For å kunne sette i gang litteratursøket ble tema og problemstilling valgt. Problemstillingen ble klargjort slik at den ble presis og søkbar. Dette ble gjort ved bruk av PICO skjema, da vi ønsket å få en systematisk søkestrategi (Thidemann, 2015, s. 86). Ved bruk av PICO skjema har vi sortert emneordene som er blitt funnet i problemstillingen og pasientcase. For å besvare oppgaven vår har vi brukt pensumlitteratur og selvvalgt litteratur (Vedlegg 1).

Søkemotoren Oria og emneord er blitt brukt for å finne litteratur som er relevant.

Vi ønsker å bruke pensum bøker og selvvalgtlitteratur som vi mener er relevant for å innhente ny kunnskap. Disse bøkene vil være essensielt i besvarelsen av oppgaven vår. Disse bøkene inneholder forskjellige kunnskap innenfor ulike områder, som vil være av stor betydning for å besvare problemstillingen vår.

Følgende databaser ble benyttet for å finne forskningsartikler: PubMed, Cinahl og SveMed+. Vi har brukt disse databasene fordi de har forskningsartikler fordi de er rettet mot helsepersonell. De har blant annet sykepleiefaglig innhold på norsk og engelsk, som vi ønsker å benytte oss av.

Emneordene som er blitt brukt i litteratursøket er; lindrende behandling/ palliative treatment, kreft/ cancer, lungekreft/ lungcancer, smertelindring/ pain relief, livskvalitet/ quality of life, sykepleier/ nurse, sykepleie/ nursing, hjemme/ home.

Fordi disse ordene ikke ga oss tilstrekkelig og relevant funn, ble vi nødt til å analysere problemstillingen bedre og tenke nytt. Disse emneordene ble da lagt til; pasient/ patient, terminale pasienter/ terminal patients, omsorg/ care og livets slutfase/end of life.

Det ble valgt bestemte inklusjonskriterier i søket etter forskningsartikler: kvalitative studier i Europa, studier gjennomført/ publisert mellom 2007- 2017, cancer generelt, cancer pulm, pasientenes og sykepleiernes perspektiv, norsk og engelsk språk. Eksklusjonskriterier som ble valgt er som følgende: forskning som inkluderer barn/ ungdom, ikke eldre enn 2007, ikke andre former for kreft. Disse kriteriene ble valgt for å begrense og gjøre søket smalere.

I oppgaven vår har vi ønsket å ha forskningsartikler basert på kvalitativ metode. Denne form for metode har som hensikt å få mer kunnskap om forskjellige menneskelige aspekter. Denne form for metode er også hensiktsmessig når det er ønskelig med svar på hva og hvordan. Denne metoden blir utført gjennom intervjuer, observasjoner, feltarbeid og dokumentanalyse (Thidemann, 2015, s. 78).

Ved kvantitativ metode blir ulike data analysert. Metoden brukes for å få svar på ulike spørsmål som: hvor ofte, hvor mye eller effektiviteten av noe. Metoden er hensiktsmessig når en ønsker objektive data for å kunne teste ut hypoteser og teorier i prøver.

Slik at man kan vite hvordan ulike forhold samvarierer. Vi velger å ikke presentere forskningsartikler som er av kvantitative studier. Fordi vi ønsker å få frem pasienter og sykepleiere individuelle erfaringer og perspektiv (Thidemann, 2015, s. 77).

Ved valg av forskningsartikler har vi sett om de er innenfor våre inklusjonskriterier. Vi leste overskrifter som vekket interessen vår, før vi leste sammendraget. Dersom flere av våre inklusjonskriterier kom frem i sammendraget og viste at artikkelen var relevant, leste vi artikkelen hver for oss. Vi diskuterte deretter og bestemte sammen om det var ønskelig å bruke bestemte artikler, samtidig som vi kvalitetssikret dem. Presentasjon av forskningssøk blir presentert for seg selv. En av artiklene er utenfor inklusjonskriterier, men på grunn av relevans har vi valgt å ha den med (Vedlegg 2).

2.4 PRESENTASJON AV ARTIKLER

Patients' Perceptions of the Importance of Nurses' Knowledge About Cancer and Its Treatment for Quality Nursing Care

Dette er en kvalitativ studie som ble gjennomført av Kvåle & Bondevik (2010). Studien ble gjennomført i en onkologisk avdeling på et norsk sykehus. Hensikten med studien var å få innsikt i pasientenes perspektiv om sykepleierens kunnskap om kreft, behandling og betydning av dette for kvalitet av sykepleie. Studien ble gjennomført ved bruk av intervju og taleopptak. Det ble tatt utgangspunkt i synspunktene til 20 deltakere mellom 25- 80 år. Alle hadde kreft og de fleste fikk livsforlengende og symptomlindrende behandling, mens 4 hadde mulighet for å bli kurert. Pasientenes perspektiv i studien belyste at de opplevde møte i behandlingssituasjon med sykepleiestudenter og nyutdannet sykepleiere som belastende. På grunn av mangel på erfaringer og kunnskap. Det ble identifisert 3 funn som forklarte viktigheten av klinisk kunnskap for kvaliteten av sykepleien. (1) Det gjorde at pasientene følte seg tryggere og nyttig informasjon fra sykepleieren lindret lidelse. (2) Det forhindret usikkerhet under kjemoterapi, og lindrer lidelsen. (3) Det lindrer lidelse ved å lindre bivirkninger av behandlingen og symptomer på sykdommen (Kvåle & Bondevik, 2010).

Sykepleierens erfaring med smertelindring til hjemmeboende kreftpasienter.

Hensikten med studien til Molnes (2014) var å beskrive sykepleiernes oppfatning om kompetanse av smertelindring blant hjemmeboende kreftpasienter. Dette var en kvalitativ studie hvor det ble benyttet intervju og taleopptak. 10 sykepleiere fra forskjellige distrikter og som jobbet i hjemmesykepleien deltok i studiet. På bakgrunn av deres erfaringer ble det presentert 3 kategorier: (1) Sykepleierens opplevelse av faglig oppdatering, (2) Sykepleiernes opplevelse av hjemmesykepleien. (3) Sykepleierens opplevelse av omgivelsene. Molnes studiet konkluderes med at det er meget utfordrende å gi smertebehandling til kreftsyke pasienter. Det er behov for økt kompetanse innen smertelindring, samt at kompetansen varierer i kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Dette fører dermed til mangelfull behandling av disse pasientene i hjemmet (Molnes, 2014).

Living with incurable cancer at the end of life- Patients' perceptions on quality of life

Dette er en kvalitativ studie som er skrevet av Johansson, Danielson & Axelsson (2006). Studien tar utgangspunkt i 5 pasienter med ulike uhelbredelig kreftsykdommer og er hjemmeboende. Der hensikten er å få frem deres mening om hva god livskvalitet betyr for dem. Det ble utført til sammen 3 ulike fokusgruppe møter. Der pasientene ble intervjuet og det ble brukt taleopptak. I studiet blir det presentert 5 funn: (1) Å verdsette alminnelig ting i dagliglivet. (2) Lindre lidelse. (3) Å opprettholde et positivt liv. (4) Forhold som har betydning. (5) Håndtere livet når en er syk. Studien viste at god livskvalitet på slutten av livet ga en positiv mening for pasienter med uhelbredelig kreftsykdom (Johansson, Danielson & Axelsson, 2006).

Patient and caregiver perspectives on managing pain in advanced cancer: A qualitative longitudinal study

Dette er en kvalitativ studie som er skrevet av Hackett, Godfrey og Bennett (2016). Studien tar utgangspunkt i 24 pasienter. Pasientene var hjemmeboende og ble rekruttert av onkologisk poliklinikk og Hospice palliative omsorgstjeneste. Pasientene hadde ulike kreftdiagnoser og sykdomsforløp. Pasientene var mellom 46- 80 år og av begge kjønn. Studien beskriver pasientenes individuelle erfaringer, deres opplevelse av smerter og hvordan smertene påvirket livskvaliteten deres. Dette førte til at de ikke kunne være sosiale og utføre hverdagslige rutiner. Pasientene beskrev smerter av forskjellige intensitet, typer, kombinasjoner, med varierende lokalisasjon. Disse pasientene brukte alt fra paracetamol til kombinasjon av sterke opioider (Hackett, Godfrey & Bennett, 2016).

2.5 KILDEKRITIKK

Kildekritikk handler om å vurdere, tolke, analysere og være kritisk ved valg av kilder og resultatene av disse. Samt sammenligne ulike informasjonskilder grundig mot hverandre. Hensikten med å være kritisk er å forsikre oss om at forskningen er relevant, pålitelig, troverdig for besvarelse av problemstillingen vår og overførbar til praksis (Christoffersen, Johannessen, Tufte & Utne, 2015, s. 60)

Før vi leste nøye gjennom artiklene vi fant, måtte vi forsikre oss om at det var vitenskapelig artikler. Vi så derfor etter om de hadde IMRaD strukturen. IMRaD er en mal som blir brukt i vitenskapelige studier og viser forskningsprosessen. På denne måten kunne vi bestemme om vi skulle bruke artiklene (Thidemann, 2015, s. 68).

Vi har brukt en sjekklister som er blitt utarbeidet av Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten for å kunne vurdere forskningsartiklene som vi har funnet (Kunnskapssenteret, 2017). Sjekklister er blitt brukt for å vurdere kvaliteten av forskningsartiklene og for å se om de dekker kriteriene for en kvalitativ studie. Ved bruk av sjekklister kunne vi vurdere forskningsartiklene på en systematisk måte. Vi gikk trinnvis gjennom sjekklister for å kvalitetsvurdere forskningsartiklene.

Vi så etter: formål med studien, om valg av metode var hensiktsmessig, valg av utvalg og hvordan det ble valgt, om det var tilstrekkelig datasamling, faktorer som kunne påvirke studiet, analyse av data og om det var tydelig, om etiske forhold ble vurdert, kommer funnene tydelig frem, og hvor nyttig er funnene i forhold til problemstillingen vår.

Situasjonen som blir presentert i case handler om en hjemmeboende pasient som får hjelpe av hjemmesykepleien. Til tross for dette har vi presentert en forskningsartikkel skrevet av Kvåle & Bondevik som er gjennomført i sykehuset. Forskningsartikkelen tar utgangspunkt i pasientenes perspektiv i forhold til sykepleierens kunnskap. Vi mener at denne forskningsartikkelen er vesentlig i besvarelsen av problemstillingen vår. Det blir tatt opp et viktig tema som er av betydning for sykepleiere i møte med pasienter med kreft. Uansett hvor denne pasientgruppe befinner seg er sykepleierens kunnskap avgjørende for kvaliteten på sykepleien de får.

Studien til Hackett, et al., Molnes og Johansson, et al, er blitt valgt ettersom de er relevante. De tar utgangspunkt i hjemmeboende kreftpasienter. Samt at forskningsartiklene har fokus på deres individuelle mening og opplevelse i forhold til livskvalitet og smerte. Den tredje forskningsartikkelen har vi valgt da den tar utgangspunkt i sykepleierens erfaring i møte med pasienter som har kreft og smertelindring. Disse forskningsartiklene er vesentlige ved besvarelsen av problemstillingen vår. De belyser hvordan pasienter med kreft har det samt sykepleieres erfaring i møte med dem.

2.6 ETISKE OVERVEIELSER

Etiske overveielser handler om at studier er utført på en forsvarlig måte. Det er også viktig å tenke hvilke utfordringer og konsekvenser som kan oppstå dersom vi ikke følger reglene. I oppgaven vår drar vi inn egne erfaringer for å svare på problemstillingen vår. Vi har da sørget for å ivareta taushetsplikten. Oppgaven er skrevet på en måte slik at personer ikke kan identifiseres. Ved valg av forskningsartikler har vi sett etter om studiet er blitt sponset av noen, om den er tatt hensyn til deltagerne har fått beholdt anonymiteten sin, fått nok informasjon om deltagelse og muligheten til å trekke seg. Vi har også sett etter hvordan informasjon er blitt formidlet til disse pasientene og om taushetsplikt er blitt ivaretatt (Dalland, 2014, s. 95).

3. GRUNNLAG FOR SYKEPLEIE

I dette kapittelet ønsker vi å presentere ulike teorier som er relevant og kommer til å være grunnlaget for besvarelsen av problemstillingen vår.

3.1 KUNNSKAPSBASERT SYKEPLEIE

I følge Helsepersonelloven (1999, § 4) er all helsepersonell plikt til å utføre jobben sin på en forsvarlig, faglig og omsorgsfull måte ut fra deres kvalifikasjoner.

Det er et krav at utøvelsen av sykepleie og behandlingstilbudet som pasienten får er kunnskapsbasert. Å utføre kunnskapsbasert praksis innebærer å utøve praksis med ulike kunnskap som blir aktivt brukt i praksis og blir tatt utgangspunkt fra forskning, klinisk kompetanse og brukerkunnskap. Gjennom forskningsbasert praksis tilegner sykepleieren seg kunnskap som blir fremstilt i bøker, vitenskapelige rapporter og tidsskrifter. Dette vil kunne bidra til utvikling av sykepleierens kliniske kompetanse. Denne kompetansen utvikles gjennom systematisk og kritisk refleksjon over sine egne erfaringer. Sykepleieren vil tilegne seg erfaringsbasert kunnskap gjennom yrkeslivet. For at pasienten skal kunne få et helhetlig behandlingstilbud, trenger sykepleieren å ha brukerkunnskap. Brukerkunnskap er blant annet pasientens ønsker, behov og erfaringer. Sykepleieren kan benytte seg av dette gjennom god kommunikasjon og samhandling med hver enkelt pasient (Kristoffersen, et al, 2016, s. 17).

3.2 JOYCE TRABELVEE

Joyce Travelbee var en psykiatrisk sykepleier som fokuserte på de mellommenneskelige aspektene ved sykepleien. Hun mente at sykepleie var en mellommenneskelig prosess der sykepleieren gjennom utøvelsen av sykepleien, hjelper pasienten til å forebygge, mestre eller finne mening ved lidelse og sykdom. Når pasienten befinner seg i en situasjon som preger hans livsutfoldelse enten på grunn av et problem eller en krise. Slik at pasienten kan enten forebygge eller mestre egne erfaring ved sykdom og lidelse. Samt prøve å finne mening i disse erfaringene (Kristoffersen, 2016, s. 26- 28).

Sykepleierens mål og hensikt kan bare oppnås gjennom et menneske til menneske forhold. Et menneske-til menneske-forhold er en eller flere erfaringer og opplevelser som deles av sykepleien og pasienten. For å danne dette forholdet må sykepleieren gjennom en interaksjonsprosess som består av 5 faser (Travelbee, 2007, s. 41).

Det innledende møtet mellom sykepleieren og pasienten kjennetegnes ved at de ikke har noe kjennskap til hverandre. Sykepleieren forholder seg til pasienten ut fra sine oppfatninger om pasienter generelt og pasienten forholder seg til sykepleieren ut fra sine forventninger til sykepleiere generelt. Utfordringen for sykepleieren i denne fasen er å bryte sin stereotype oppfatning og se pasienten som et unikt individ (Kristoffersen, 2016, s. 33). Etterhvert som interaksjonen mellom sykepleieren og pasienten utvikler seg, vil deres identitet komme fram og bli oppfattet av den andre. På denne måten vil de begynne å etablere et kontaktforhold (Kristoffersen, 2016, s. 33). Empati er en bevisst intellektuell prosess som ikke er avhengig av om sykepleieren liker eller misliker pasienten. Sykepleieren skal ha evne til å ta del, trenge inn og forstå den psykiske tilstanden som pasienten befinner seg i der og da. (Kristoffersen, 2016, s. 33). Sympati er når sykepleieren viser pasienten at hun er engasjert i pasienten som person og bryr seg om hvordan pasienten har det. Sykepleieren kan formidle sympati til pasienten gjennom sin holdning og væremåte (Kristoffersen, 2016, s. 33-34). Nær og gjensidig forståelse mellom pasienten sykepleieren er et resultat av det som har skjedd gjennom interaksjonen i de tidligere fasen, og de utvikles når sykepleieren i handling har vist både forståelse og for og ønske om å hjelpe pasienten med å få det bedre, og hjelper ham (Kristoffersen, 2016, s.34).

I følge Travelbee er kommunikasjon sykepleierens viktigste redskap når det skal opprettes et menneske- til- menneske forhold med pasienter. Å kommunisere innebærer å dele tanker og følelser, dette gjøres gjennom verbalt og non- verbal kommunikasjon (Kristoffersen, 2016, s. 34).

Kommunikasjon defineres som deling og utveksling av informasjon mellom to individer eller flere parter. Ordet kommunikasjon kommer av det latinske ordet *communicare*, dette innebærer å gjøre noe sammen eller inkludere andre i en samtale (Eide & Eide, 2011, s. 17). Evnen til å kommunisere utvikles ikke bare av å lese om det, det kreves praktisk øvelse. For å kunne kommunisere er det nødvendig med evnen til å forstå og aktivt lytte til andre, men også å gjøre seg forstått (Loge, 2016, s. 217)

3.2.1 SYKEPLEIERENS FUNKSJON

I følge yrkesetisk retningslinjer (Norsk sykepleierforbund, 2016) har sykepleien ansvar for å lindre pasientenes lidelse og gi god omsorgsfull hjelp. Sykepleieren skal også ivareta pasientens behov for helhetlig omsorg. Sykepleie er et praktisk yrke som utøves i alle samfunn og kulturer. Sykepleieryrket er i stadig utvikling og endring (Kristoffersen, et al, 2016, s. 15).

Den lindrende funksjonen retter seg mot å fremme pasientens opplevelse av velvære. Ved å redusere eller begrense utstrekning av forskjellige typer belastninger hos pasienten. Belastninger kan være fysisk, psykisk, sosiale eller av åndelig karakter. Det igangsettes nødvendig tiltak som kan øke pasientens velvære. Å fremme pasientens opplevelse av velvære er en viktig del i den lindrende funksjonen (Kristoffersen, Nortvedt, & Skaug, 2016, s. 18)

3.2.2 LINDRENDE BEHANDLING

Lindrende behandling også kjent som palliativ behandling er en form for aktiv behandling. Det innebærer å lindre symptomer på best mulig måte, gi pleie og omsorg for den trengende som har en inkurabel sykdom og har igjen kort levetid. Lindrende behandling har stort fokus på å lindre fysiske smerter og andre kroppslige plager, sammen med tilrettelagt tiltak som er rettet mot psykiske, sosiale og åndelige problemer (Lorentsen & Grov, 2015, s. 425).

Hovedmålet med behandlingen, pleien, og omsorgen er å gi den pleietrengende og pårørende best mulig livskvalitet. Denne form for behandling gir ikke en raskere dødsprosess eller forlenger tiden. Behandlingen hjelper pasienten og deres pårørende til å se på døden som en del av livet (Mathisen, 2016, s. 412).

3.2.3 LIVSKVALITET

Livskvalitet er et begrep som er av internasjonal interesse. Dette kan sees ved at Verdens helseorganisasjon (WHO) har utviklet en definisjon av livskvalitet. De ønsket å utvikle denne definisjonen, da de ønsket å få frem viktigheten av å ha et perspektiv om sykdom og sykkelighet når pleiepersonell møter pasienter. Dette med hensyn til at alle mennesker er født frie, er likeverdige og har samme rettigheter. WHO's definisjonen har tatt utgangspunkt fra det som er blitt definert om livskvalitet gjennom forskning. Livskvalitet er subjektivt og flerdimensjonalt fenomen, som kan ha positive og negative oppsiktsvekkende trekk i livet. Ut fra denne ble WHO definisjon at livskvalitet er fortolkningen som hvert menneske har om sin posisjon i livet innenfor den kulturen og verdssystem de lever i, dette i forhold til sine mål og forventninger, hvordan de ser for seg at livet skal være og hva de har interesse for. Definisjonen deres blir deretter fordelt i 6 områder som er som følge: det fysiske området, det psykologiske området, nivå av uavhengighet, sosiale relasjoner, omgivelser og åndelighet, religion og personlig tro. Under disse områdene finner vi igjen underpunkter, som er for å gi en mer detaljert beskrivelse av hva disse områdene betyr for livskvaliteten (Rustøen, 2006, s. 20- 21).

3.3 PASIENTER MED CANCER

Cancer oppstår når en celle har genskade og fører til ukontrollert celledeling. Genskaden påvirker cellene slik at de ikke kan utføre de samme oppgavene som en frisk celle. Når en ukontrollert celledeling oppstår, vil det skje en opphoping av kreftceller. Dette resulterer dannelse av en kreftsvulst (Lorentsen & Grov, 2015, s. 402).

3.3.1 CANCER PULMONALIS

Cancer pulmonalis inndeles etter hvilken celletype som er årsaken til den primære tumoren. Den inndeles i ikke-småcellet karsinom og småcellet. De ikke- småcellet er hyppigst og utgjør 70-80% av cancer pulmonalis tilfellene. Småcellet cancer pulmonalis utgjør ca. 20% av tilfellene og er den aggressive typen. Den er sterkt assosiert med sigarettøyking og har en tendens til rask vekst og tidlig metastase (Mjell, 2014, s. 229).

Ved cancer pulmonalis kan det forekommer symptomer i luftveiene som; dyspné, blodig ekspektorat, eventuelt hemoptyse, hoste, smerter ved inspirasjon, fremmedlyder ved pusting eller sykdommen kan starte med en pneumoni (Mjell, 2014, s. 229).

Cancer pulmonalis kan metastaseres i alle deler av kroppen. Dannelse av metastaser skjer ved spredning av celler gjennom kroppshuler som lungesekkene, blodkar eller lymfekar. Metastase oppstår ved at kreftcellene beveger seg først inn i blodkaret, deretter beveger seg enten med blodstrømmen eller lymfestrømmen. For så bevege seg ut av blodkaret samt danne en metastase på den aktuelle lokalisasjonen (Bertelsen, Hornslien, Thoresen, 2014, s. 129)

Maligne primærtumorer i andre organer kan metastasere til skjelettet. Oftest skjer dette når primærtumoren sitter i thyreoidea, prostata, nyrene eller lungene. Skjelettmetastaser oppstår oftest i ryggvirvlene, bekkenet, ribbeina, humerus og femur, men metastaser kan finnes også i annet beinvev (Langeland, Halse & Ørn, 2014, s. 487). Gjennomsnittlig levetid for ubehandlet småcellet cancer pulmonalis er ca. tre måneder fra diagnose er stilt. Med cytostatika og strålebehandling øker den til 14-18 måneder ved begrenset sykdom og 8-13 måneder ved utbredt sykdom (Mjell, 2014, s. 229-230).

3.4 LIVETS SLUTTFASE

Livets slutfase kan være alt fra uker til flere måneder. Det er dermed vanskelig å vite når pasienten skal dø. Terminal omsorg blir igangsatt fra det tidspunktet behandlingen av kreften ikke virker eller er hensiktsmessig i forhold til det pasienten trenger. Årsaken er fordi sykdommen er inkurabel (Sæteren, 2016, s. 241). Som nevnt tidligere er det vanskelig å si når et menneske skal dø, det er personen som bærer på dette svaret. Det viktigste er å motivere den døende pasienten til å leve i nåtiden, uansett om pasienten kommer til å dø i løpet av uker eller måneder. I helsetjenesten blir menneskets siste livsfase kalt for den terminale fasen. Den siste delen av livsfasen har stor betydning, en hensikt og livet kan fylles med mening både for den døende pasienten og pårørende. Denne tiden som pasienten har igjen blir brukt til en indre forberedelse og til å ta farvel og gjøre seg klar til en annen virkelighet (Sæteren, 2016, s. 241).

Det er usikkerhet rundt levetid for pasienter med kreft og når døden inntreffer. Erfaringer og systematiske studier viser hvor viktig tiden er for at pasienter skal forberede seg for det som skal skje. Den siste tiden har stor betydning for pasienten og pårørende. Denne tiden handler om å forsterke relasjonen, samt at pårørende kan forberede seg til det som skal skje. Denne tiden kan bli fylt av opplevelser av gjensidig tap. Helsepersonell kan møte på utfordringer med å hjelpe den døende og pårørende med å leve i nåtiden (Sæteren, 2016, s. 242).

3.5 KROPPSLIGE PLAGER

3.5.1 KVALME

Kvalme er en subjektiv opplevelse og føles som å måtte kaste opp. Å kaste opp er en hurtig og sterk måte å tømme mageinnholdet på. Kvalme og oppkast opptrer ofte sammen og det kan skyldes av forskjellige årsaker som kan være sammensatte. Dette kan føre til dehydrering, elektrolyttforstyrrelse og ernæringssvikt. Alle disse faktorene fører til at pasientens livskvalitet reduseres (Halvorsen & Aass, 2016 s. 549). Hos dødssyke pasienter kan kvalme skyldes mekaniske hindringer i mage- tarm- kanalen, sykdomsprosessen eller bivirkninger av medikamenter (Mathisen, 2016, s. 427). Kvalme kan forårsakes av opioider hos de fleste kreftpasienter, men dette vil ved uendret dose, avta og forsvinne etter noen dager (Bjørge, 2016, s. 189-190).

3.5.2 SMERTE

Smerte er en individuell og subjektiv oppfatning og består av et sanseintrykk som er vanskelig å gi en nøyaktig beskrivelse av. Smerte er ubehagelig og har en sammenheng med sanseintrykk som indikerer på forandringer i kroppen. I sentralnervesystemet blir sanseintrykkene bearbeidet og blir påvirket av psykiske, sosiale, eksistensielle faktorer og tidligere opplevelser (Rosland & Tjølsen 2016, s. 328). For at pasienten skal kunne få en tilfredstillende smertelindring, er det viktig å kartlegge og finne ut hvilket av disse faktorene som plager pasienten mest, og ta utgangspunkt i dem (Mathisen, 2016, s. 426).

Smerter er et av symptomene som kan forekomme hos pasienter med kreft og som de frykter mest. 70% av smerter hos pasienter med kreft skyldes tumorprogresjon og 20% skyldes tumorrettet behandling (Helsedirektoratet, 2015). Kreftsmerter er vanskelig å identifisere da det kan foreligge forskjellige faktorer som fører til det. Pasienter med skjelettmetastase kan ha sterkere smerter. Skjelettmetastasesmerter forårsaker minst 50% av alle smerter hos pasienter med kreft. Smertene er ofte dumpe, kronisk verkende og kan øke dramatisk ved bevegelse (Lorentsen & Grov, 2015, s. 407)

Det finnes forskjellige former for smerter, fysisk smerte er en av dem. Fysiske smerter er smertene som kjennes i kroppen. Smertene som kjennes i huden, bindevevet og skjelettet er sterkest og føles som stikkende. Det er vanskeligere å kjenne lokalisasjon på smerter i indre organer. Siden de er ofte diffuse, noe som gjør det krevende å finne den direkte grunnen. Smertene som oppstår ved nerveskader oppleves som sviende, brennende, verkende eller skjærende. De kan enten oppstå plutselig, periodevis eller vare lengre periode. Smerter har forskjellige variasjoner. Det er en variasjon over hvor lenge smertene varer, styrken og når de oppstår (kreftforeningen, s.a).

3.5.3 SMERTETRAPPEN

Verdens helseorganisasjon har sammen med Society for the Study of Pain (IASP) utarbeidet smertetrappen for behandling av kreftsmerter. Den har i utgangspunkt 3 trinn men mange velger å legge til et fjerde og femte trinn. Den viser forslag til analgetikum, smerteintensitet og hvordan smertebehandling kan gradvis økes for optimal smertelindring (Bjørø, 2016, s. 204)

Trinn1: består av ikke- opioider. I dette trinnet får pasientene NSAIDs-preparater og paracetamol og brukes ved svake til middels sterke smerter.

Trinn 2: benyttes svake opioider som kodein og tramadol. Ved svak til moderate smerter.

Trinn 3: Ved sterke smerter brukes sterke opioider som er morfin, oksykodon, hydromorfon, metadon, ketobemidon og fentanyl.

Trinn 4: Benyttes sterke opioider ved sterke smerter som enten settes subkutant eller intravenøst. Legemidlene tilføres subkutant ved hjelp av en bærbar infusjonspumpe.

Pasienten kan også få pasientstyrte bolusdoser, dersom smerte forverres i smerteintensiteten. Tilførselen av medikament foregår via en subkutan kanyle.

Trinn5: Det benyttes sterke opioider epiduralt eller spinalt ved sterke smerter. Kateteret brukes både til kontinuerlig infusjon og til bolusinjeksjoner. Morfin brukes også her (Lorentsen & Grov, 2015, s. 419-420).

Trinn 4 og 5 gjelder for to pasientgrupper. Pasienter som har gastrointestinal obstruksjon, kvalme og oppkast som enten skyldes sykdommen eller behandlingen. Hvor inntak av legemidler peroralt er ikke mulig. Den andre gruppen gjelder pasienter hvor store perorale opioiddoser ikke gir tilstrekkelig smertelindring eller gir bivirkninger (Bjørge, 2016, s. 210)

4. DISKUSJON

Hensikten med litteraturstudiet vårt var å innhente tilstrekkelig kunnskap for å besvare problemstillingen vår. I dette kapitlet skal vi presentere en pasientcase, samt diskutere litteraturen vår for å besvare problemstillingen. For å gjøre det har vi delt diskusjon i tre forskjellige underpunkter med oppsummering. Problemstillingen vår er som følge:

“Hvordan kan sykepleiere gi god lindrende behandling ved livets slutfase hos pasienter med cancer pulm?”.

4.1 PASIENTCASE

Olav er en 67 år gammel mann som bor i en enebolig sammen med sin kone. De har alt på ett plan og har to voksne barn som bor 1 time unna. Olav har røyket i hele sitt liv og fikk diagnose cancer pulm for 1 år siden. Han bestemte seg for røykeslutt etter dette. Den siste måneden i en kontrolltime ble det påvist metastaser til skjelettet. Han har fått behandling siden han ble diagnostisert og har ikke hatt effekt av behandlingen. På bakgrunn av dette ønsker ikke Olav å fortsette med behandlingen. Han har tenkt mye gjennom sin nåværende situasjon og vil spare på kreftene sine. Olav ønsker å bruke den tiden som har igjen til å best mulig livskvalitet. Forverringen av kreften har ført til dårligere allmenntilstand. Han plages mest av fysiske smerter og kvalme. Siden Olav ønsket å avslutte behandlingen og leve hjemme så lenge som mulig, vil han dermed ha tettere oppfølging av hjemmesykepleien. Dette fordi han ønsker hjelp med medikamenthåndtering. Olav er noe skeptisk til medikamentell behandling med bruk av opioider på grunn av bivirkninger.

4.2 BETYDNING AV SYKEPLEIERENS KUNNSKAP

Det er ikke enkelt å behandle pasienter som er døende med inkurabel sykdom. Det er viktig at sykepleieren tenker hva det innebærer å gi omsorg til denne pasientgruppen. I møte med disse pasientene vil sykepleieren komme til å møte personlige og faglige utfordringer, hvor kompetansen vil bli satt på prøve (Mathisen, 2016, s. 415). Dødssyke pasienter har de samme behovene som andre pasienter. Å utføre god sykepleie for dødssyke pasienter innebærer å lindre, forebygge og behandle kroppslige plager. Siden Olav er i livets slutfase vil det være viktig at sykepleieren har kunnskap om lindrende behandling. Slik at sykepleieren kan ivareta Olav på best mulig måte. Sykepleierens funksjon vil dermed være rettet mot Olavs situasjon (Mathisen, 2016, s. 426). I møte med Olav vil sykepleieren ha hovedfokus på å gi god lindrende behandling. Det er nødvendig at hun har kunnskap om lindrende behandling, hva det innebærer og hensikten med den. Sykepleieren vil kunne gi Olav god lindrende behandling gjennom å iverksette tiltak og utføre dem når plagene inntreffer. For at Olav skal ha best mulig livskvalitet i den tiden han har igjen å leve, vil dette være essensielt (Lorentsen & Grov, 2015, s. 425).

Ifølge helsepersonelloven (1999, § 4) og yrkesetiske retningslinjer (NSF, 2016) er sykepleiere pålagt å gi pasienter sykepleie som er omsorgsfull og faglig forsvarlig. Olav er en av mange pasienter som mottar hjelp av hjemmesykepleien. For å kunne jobbe i hjemmesykepleien kreves det at sykepleieren har kunnskapen som er nødvendig til å kunne gi forsvarlig og omsorgsfull hjelp. For å kunne utøve god sykepleie er det nødvendig at sykepleieren har medisinsk kunnskap om lidelser, anatomi, fysiologi og farmakologi (Fjørtoft, 2012, s. 241- 242). Sykepleieren må også være ydmyk og vite når kunnskapen ikke er tilstrekkelig og innhente kunnskap fra andre kilder. I studien til Kvåle & Bondevik (2010) forventet pasientene at sykepleiere skulle forholde seg til sin kompetanse og konsultere legen om det medisinske behandling. I studien kommer også tydelig frem betydningen av sykepleierens kompetanse i møte med pasienter med kreft. Det er ikke tilstrekkelig å møte pasientene med omsorgsfulle hender (Kvåle & Bondevik, 2010). Sykepleieren må ha tilstrekkelig kunnskap og bruke det aktivt. Det er sykepleierens ansvar å holde seg oppdatert på forskning og utviklingen av sykepleiefaget (NSF, 2016).

Et av pasientenes utsagn er som følge:

«Sykepleiere må også ha kunnskap om det de driver med og dersom de ikke har gode tekniske ferdigheter, har det ingen betydning at de er snille og smiler. Jeg føler meg tryggere i deres hender når de har kompetanse ...» (Kvåle & Bondevik, 2010, s. 438, egen oversettelse).

Pasientens utsagn om sykepleierens kompetanse, viser hvor viktig det er at utøvelsen av sykepleien er kunnskapsbasert. Dette gjelder uansett hvor sykepleieren møter alvorlig syke pasienter. Sykepleieren skal ikke bare ha kunnskap om lidelsen, men også ha klinisk kompetanse. Det innebærer at sykepleieren utøver sykepleien til Olav, basert på kunnskap og erfaringer og kan være kritisk til sine egne handlinger. Beslutningene som blir tatt for å ivareta Olav skal være basert på hva som er best for han og hans ønske i behandlingen (Kristoffersen, 2016, s. 144- 145). For at Olav skal få lindret smertene som skyldes av lidelsen, må sykepleieren ha kunnskap om kreft og hvordan den utvikler seg. Sykepleieren må kunne observere progresjonen av sykdommen og de kroppslige plagene og iverksette tiltak etter det. For at Olav skal få best mulig livskvalitet og velvære må sykepleieren vite hva livskvalitet innebærer. Men også vite at det er pasientens subjektive mening om hva anses til å være en god livskvalitet (Rustøen, 2006, s. 20-21). I studien til Johansson et al. (2006) kommer det frem kreftpasientenes perspektiver om deres subjektive mening om betydning av livskvalitet. De beskrev ulike ting som hadde betydning for dem og som hadde positiv påvirkning på livskvaliteten deres. For at Olav skal kunne ha like positive opplevelser de dagene som han har igjen og best mulig livskvalitet er det nødvendig at Olav får god lindrende behandling for å kunne mestre hans livssituasjon (Johansson, Axelsson & Danielson, 2006). Dette kan sykepleieren hjelpe han med, ved å ha kjennskap til hvordan Olav opplever lidelsen og hvordan han blir påvirket av hans kroppslige plager. Sykepleieren vil da kunne iverksette konkrete tiltak. Tiltakene skal være individuelt og bidra til at pasienten har best mulig velvære og livskvalitet. Sykepleieren vil da kunne ivareta pasienten og forebygge kroppslige plager. Dersom sykepleieren ikke iverksetter tiltaket som er rettet mot Olav, kan pasientens livskvalitet bli påvirket og pasienten bli utsatt for unødvendig belastning. Tiltakene som blir iverksatt av sykepleieren vil være av stor betydning for hvordan Olav mestrer hverdagen og sykdommen (Kristoffersen et al, 2016, s.18).

Av egne erfaringer vet vi at det er store krav til sykepleierens kunnskap i hjemmetjenesten, samt at det kan være utfordrende av forskjellige årsaker. Det kreves at sykepleieren kan jobbe selvstendig og ta beslutninger som er for pasientens beste (Fjørtoft, 2012, s. 243). Det er spesielt utfordrende når konsekvensen av samhandlingsreformen er økning av pasienter med sammensatte behov og nye arbeidsoppgaver. Selv om hensikten er å sikre gode og effektive tjenester, vil det kreve at kommunen kan tilby pasientene hjelp som er basert på økt spesialisert kompetanse (Regjeringen, s. a, s. 27). Utfordringene som sykepleiere møter i kommunen skyldes ikke bare kravet om økt kompetanse. I studien til Molnes (2014) kommer det frem flere faktorer som påvirker behandlingen pasientene får. Blant annet at sykepleiere hadde dårlig tid til å kunne oppdatere seg faglig og manglende kompetanse. Dette førte til at sykepleiere blant annet følte at å gi smertelindring til hjemmeboende kreftpasienter var utfordrende samt at smertelindringen ble mangelfull (Molnes, 2014). Selv om det er utfordrende, er det meget viktig at sykepleieren jobber kunnskapsbasert. Slik at Olav skal kunne få god lindrende behandling hjemme som er av kvalitet og faglig forsvarlig. Dette innebærer at sykepleierens handlinger er basert på pålitelig kunnskap og er ment til å ivareta Olavs grunnleggende behov i livets slutfase. Sykepleierens holdning og utøvelse av sykepleien vil være av betydning for Olavs opplevelse (Kristoffersen, et al, 2016, s. 17). Dersom sykepleieren viser usikkerhet rundt sin egen kompetanse vil dette medføre at pasienten føler seg utrygg på behandlingen som blir gitt. Sykepleien skal være kvalitetssikret, slik at pasienten ikke blir utsatt for unødvendig belastning. Med kunnskap vil sykepleieren kunne gi god sykepleie som tar hensyn til blant annet kontinuitet, sikkerhet, trygghet og brukermedvirkning (Kristoffersen, et al, 2016, s. 17). Pasienter i studien til Kvåle & Bondevik (2010) hevdet at de følte seg trygge når sykepleieren viste kunnskap i utøvelse av sykepleien. For å kunne opparbeide pasientens tillit er det viktig at sykepleiere har faglig kunnskap. Siden tillit er av stor betydning, vil det være avgjørende for forholdet som blir skapt mellom pasienten og sykepleieren (Kvåle & Bondevik, 2010).

OPPSUMMERING

Omsorg for pasienter i livets slutfase er utfordrende men også meningsfullt. For hver dag som går kreves det mer av sykepleierens kompetanse i hjemmesykepleien. Dette innebærer at sykepleieren skal ha kunnskap og erfaringer for å kunne yte god omsorg for dødssyke pasienter som er hjemmeboende. På denne måten vil det være mulig at Olav får den behandlingen han har behov for. Det er også forventet at sykepleieren skal forholde seg til sin kompetanse. Dette vil bidra til at pasienten føler seg trygg på sykepleierens kunnskap og pasienten blir ikke utsatt for ytterligere og unødvendig belastning.

Av forskjellige årsaker som blant annet manglende kunnskap og tid har dette konsekvenser for oppfølgingen pasientene får. Inkurabel sykdom medfører utfordringer for pasienten og sykepleieren. Både sykdommen og behandlingen som Olav har mottatt medfører en rekke kroppslige plager som påvirker livskvaliteten hans. For at sykepleieren skal kunne hjelpe Olav med å håndtere den og mestre den siste tiden av livet må sykepleieren ha kunnskap om pasientens lidelse. Slik vil sykepleieren kunne iverksette tiltak som vil forebygge og lindre Olavs kroppslige plager og gi best mulig livskvalitet i livets slutfase. Behandlingen skal ha utgangspunkt i pasientens subjektive meninger (Fjørtoft, 2012, s. 86).

4.3 ET MENNESKE- TIL MENNESKE FORHOLD

Olav er i livets slutfase, siden det er erkjent at kreftsykdommen er uhelbredelig. Dette er preget av sterke inntrykk som kan bli overveldende for ham. Målet med sykepleie er å gi god lindrende behandling fram til han trekker inn sitt siste åndedrag. Det er vanskelig å vite hvor lenge Olav har igjen å leve. Sykepleieren må dermed rette fokuset på sykdommens progresjon, de begrensningene og belastninger som den påfører Olav (Grov, 2014, s. 523). Det vil da være mulig å hjelpe Olav med å mestre hverdagen hans. Det er viktig at sykepleieren er klar over de utfordringene som kan oppstå i møte med Olav. For at sykepleieren skal kunne hjelpe Olav, er det nødvendig å sette seg inn i hans opplevelse av sykdommen (Travelbee, 2007, s. 35- 36). Livets slutfase er en viktig del av levetiden til Olav. Det er dermed viktig at sykepleieren fyller denne tiden med mening. Siden denne fasen kreves et indre arbeid hos Olav, som blant annet består av å forberede seg til å ta farvel og erkjenne en annen virkelighet. Tid har en stor betydning for Olav, siden dette er en tid for vekst, utdypning av relasjoner og forberedelse på det ukjente. Samtidig kan denne tiden også bli fylt av gode opplevelser som består av utveksling av gode minner. Sykepleierens utfordring i denne fasen, kan være å hjelpe Olav til å leve i nåtiden, samt prøve å få ham til å innse mening med situasjonen og mestre den (Sæteren, 2016, s. 241-242). For at sykepleieren skal kunne hjelpe Olav med å mestre og leve den tiden som han har igjen, er det nødvendig at en relasjon blir skapt. Gjennom dette vil pasienten kunne få lindrende behandling av god kvalitet. Ved å skape denne relasjonen vil pasienten og sykepleieren bli kjent med hverandre og rollene som hver enkelt har. Pasienten vil da kunne danne sitt eget inntrykk av sykepleieren ut fra hans observasjon om sykepleierens væremåte og handlinger. Sykepleieren vil også ha mulighet til å gjøre det gjennom denne relasjonen. Dersom hun ikke klarer å skille Olav fra andre pasienter, vil dette by på utfordringer og behandlingen blir upersonlig (Kristoffersen, 2016, s. 32- 33). Etterhvert som sykepleieren og pasienten blir bedre kjent, vil identiteten deres fremheves. På denne måten vil de bli kjent med hverandre som et unikt individ. Sykepleieren vil kunne se hva som skiller Olav fra andre pasienter og forstå hvordan han har det og hvordan han håndterer sin situasjon. Gjennom en godt etablert relasjon vil sykepleieren kunne hjelpe Olav. Ved at et menneske- til menneske forhold blir skapt mellom begge parter, vil sykepleieren kunne hjelpe Olav med å mestre hans livssituasjon og de nye erfaringene som sykdommen medfører. For at sykepleieren skal kunne forstå og hjelpe Olav, vil det være avgjørende at sykepleieren setter seg inn i hans situasjon (Kristoffersen, 2016, s. 33).

Når pasienten og sykepleieren skaper et sterkt bånd, vil dette føre til at pasienten åpner seg, deler sine tanker og har mer tillit til sykepleieren. Når et sterkt bånd er dannet kan pasienten føle seg sårbar dersom sykepleieren svikter denne tilliten. Dette kan skyldes at pasienten har bestemte forventninger til sykepleieren, som handler om at sykepleieren skal forholde seg til sin kompetanse og rolle (Kristoffersen, 2016, s. 33).

I møte med Olav er det nødvendig at sykepleieren har gode holdninger og væremåte. Sykepleieren skal ikke bare forstå Olav, men også ha gode intensjoner om å hjelpe han. Relasjonen mellom sykepleieren og pasienten vil vise han at sykepleieren bryr seg, ønsker å hjelpe og engasjere seg. Ved at sykepleieren viser sympati vil pasienten kunne dele sine byrder og få forståelse for at han ikke trenger å bære dette alene. Dette vil da bidra til at pasienten og sykepleieren samarbeider om å nå et felles mål, som er å lindre kroppslige plager slik at Olav har best mulig livskvalitet. Dette vil kunne oppnås ved at sykepleieren har den kunnskapen som er nødvendig for å kunne observere forverring av sykdommen og kroppslige plager, samt observere hva pasientens behov for sykepleie er. Gjennom dette vil sykepleieren kunne sikre at pasienten får en individuell behandling og iverksette tiltak som er målrettet etter hans behov. Noe som vil øke kvaliteten av behandlingen (Kristoffersen, 2016 s. 34). I et menneske- til menneske forhold vil det kreves av sykepleieren at hun bruker seg selv terapeutisk. Dette ved å bruke seg selv på en bevisst og hensiktsmessig måte i samhandlingen med Olav. I møte med Olav må sykepleieren være oppmerksom på egen væremåte og hvordan det påvirker han. Sykepleierens holdning vil være avgjørende for hvor mye pasienten ønsker å dele og be om hjelp. Dersom sykepleieren ikke har en positiv holdning, vil dette ha en negativ påvirkning på pasientens fysiske og psykiske tilstand. Dette er blant et av de faktorene som kan påvirke pasientens livskvalitet (Kristoffersen, 2016 s. 35).

For å skape denne relasjonen mellom sykepleieren og pasienten, er kommunikasjon et essensielt redskap. Det er avgjørende at sykepleieren har gode kommunikasjonsevne, vet hvordan informasjon formidles og hvordan innhente nødvendig informasjon. Dette innebærer at sykepleieren kan kommunisere med Olav verbalt, men også være klar over hva hennes kroppsspråk formidler (Kristoffersen, 2016, s. 34). I samtale med pasienten er sykepleieren nødt til å være tilstede, være oppmerksom og lytte aktivt til det Olav ønsker å dele.

Ved at sykepleieren lytter aktivt og gir respons på det pasienten sier ved å bruke verbal og non- verbal kommunikasjon vil dette gi pasienten bekreftelse på at sykepleieren er interessert. Selv om Olav har mottatt behandling for kreften sin tidligere og har selv valgt å avslutte den, betyr ikke at han har tilstrekkelig kunnskap om hva lindrende behandling innebærer. Ved å inkludere pasienten i samtaler vil det være mulig å oppdage pasientens behov, hans bekymringer og hvordan han oppfatter sin situasjon (Eide & Eide, 2011, s. 17). Sykepleieren kan på denne måten også få frem pasientens subjektive mening om hva de kroppslige plagene går ut på, og hvordan dette påvirker livskvaliteten hans. Det er viktig at sykepleieren stiller åpne spørsmål til Olav. Dersom sykepleieren bruker kun lukkede spørsmål, vil dette føre til at Olav trekker seg tilbake. Han vil få en fornemmelse av at han blir spurt ut (Reitan, 2016, s. 115). I tillegg til dette er det viktig at sykepleieren kan formidle sine tanker og informasjon om lindrende behandling på en forståelig måte. Dersom sykepleieren ikke har gode kommunikasjonsevne, kan kommunikasjonssvikt oppstå og informasjon som blir utvekslet mellom Olav og sykepleieren bli feiltolket. For å unngå feiltolkninger kan sykepleieren oppsummere informasjonen som er blitt formidlet (Kristoffersen, 2016, s. 34).

Det er forskjellige faktorer som er av betydning og er noe som kommer tidlig frem i studien til Molnes (2014). I studien kommer det frem at det er utfordrende å gi god oppfølging på grunn av dårlig tid og bemanning. Noe som førte til tidspress og dermed dårlig oppfølging av pasientene. Samt at sykepleierne ikke var tilfredsstillt med den jobben de utførte (Molnes, 2014). Vi vet av egen erfaring at å gi behandling med kontinuitet kan være utfordrende til hjemmeboende pasienter, samt skape gode relasjoner. I tillegg er det mange pasienter som skal ha tilsyn i løpet av en dag og som har sammensatte behov. Studien til Kvåle og Bondevik (2010) belyser viktigheten av kontinuitet. Pasientene følte seg trygge i møte med sykepleiere som de hadde kjennskap til. Ved at Olav får kontinuerlig oppfølging av kjente sykepleiere vil han føle seg mer trygg og ha mer tillit til sykepleieren. Dårlig tid og bemanning kan ha konsekvenser for kontinuiteten i behandlingen og skape utfordringer når sykepleieren skal bygge et menneske- til menneske forhold med Olav. Et slikt forhold kreves at sykepleieren har god tid til å sette seg ned og skape forholdet. Dersom det er dårlig bemanning vil dette skape et stressende miljø rundt pasienten og sykepleieren. Dette vil også føre til dårlig oppfølging av pasienten, noe som vil ha konsekvenser for kvaliteten av behandlingen som pasienten mottar. Tross for dårlig bemanning er det viktig at pasienten har mulighet til å ta kontakt med sykepleiere utenom besøkene (Fjørtoft, 2012, s. 180).

OPPSUMMERING

For å kunne hjelpe Olav er det nødvendig at et menneske- til menneske forhold blir dannet. Dette vil kreve at sykepleieren har tid, er fleksibel, og til å stole på. Å gi god oppfølging i hjemmesykepleien til hjemmeboende pasienter kan være krevende på grunn av tidspresset samt at det byr på utfordringer. Konsekvensene av dette vil være at Olav ikke blir optimalt ivaretatt. Samt at det kan ha en negativ påvirkning på forholdet mellom han og sykepleieren. Likevel er det viktig at sykepleieren kan danne et menneske- til menneske forhold med Olav. Hensikten med forhold handler ikke kun om å skape et bånd mellom sykepleier og pasienten. Det handler også om at sykepleieren skal kunne hjelpe Olav med å forebygge og mestre lidelsen. Samt hjelpe han med å leve i nåtiden og ha fokus på hvordan han opplever å leve med en inkurabel sykdom. Et menneske- til menneske forhold basert på tillit og respekt mellom sykepleieren og Olav vil resultere til at han får best mulig lindrende behandling. Samt god livskvalitet i den tiden han har igjen (Kristoffersen, 2016, s. 26).

For å kunne opprette dette forholdet må sykepleieren ha et indre ønske om å hjelpe Olav i den situasjonen han er i. Ved å ha et menneske- til menneske forhold vil sykepleierens hensikt og handlinger være tydelige for Olav. Pasienten vil da kunne se at sykepleieren er der for å støtte og hjelpe han. Selv om dette forholdet blir skapt av pasienten og sykepleieren, er det sykepleierens ansvar å opprettholde og bevare forholdet. God kommunikasjon mellom pasienten og sykepleieren vil være avgjørende for behandlingen Olav får. Dette vil bidra til at Olav får god og individuelt lindrende behandling, som er utarbeidet etter hans behov. Dette vil føre til at pasienten føler seg tryggere på sykepleierens kunnskap, og tilliten blir sterkere. God kommunikasjon vil øke sjansen for at gode resultater oppnås, og kommunikasjonssvikt unngås (Kristoffersen, 2016, s. 34).

4.4 LINDRING AV KROPPSLIGE PLAGE

Olav lever med en inkurabel lungekreft som har metastasert til skjelettet. Skjelettmetastase er svært vanlig hos pasienter med lungekreft og dette kan føre til fysiske plager i form av blant annet smerter. For at Olav skal ha best mulig livskvalitet ved livets slutfase er det meget viktig at sykepleieren har den kunnskapen som trengs for å gi god lindrende behandling. Dette innebærer at sykepleieren har medisinsk og farmakologisk kunnskap. Hensikten med å gi Olav lindrende behandling er å lindre hans kroppslige plager. Dette er meget viktig for at Olav skal kunne ha best mulig livskvalitet. Dersom Olav ikke får tilfredsstillende smertelindring kan dette påvirke livskvaliteten og den levetiden som han har igjen (Trovik & Bauer, 2016, s. 594). For at sykepleieren skal kunne ivareta Olav på best mulig måte, er det nødvendig med kunnskap om kroppslige plager som kreftsykdommen medfører. Samt at sykepleieren har økt kunnskap om smertens fysiologi, nye administrasjonsformer og preparater. Ved at sykepleieren har en bred kunnskap om lindrende behandling, vil sykepleieren kunne forebygge og lindre de kroppslige plagene som Olav opplever (Trovik & Bauer, 2016, s. 594). Dette vil også sykepleieren kunne oppnå gjennom å hjelpe Olav til å sette ord på sine subjektive smerteopplevelser før igangsetting av behandlingen. Slik at han kan formidle hvordan han ser på sine symptomer og snakke om sine bekymringer. På denne måten vil sykepleieren raskt kunne oppdage når smertene oppstår hos Olav, samt hvilke tiltak som er effektive for å lindre dette (Bjørge, 2016, s. 201 kreftsykepleie). Ved at sykepleieren har gode kommunikasjonsevne vil det være mulig å forklare Olav om de vanligste medikamentene som brukes i smertebehandling. Virkning av medikamentene og hvordan medikamentell behandling kan trappes opp ved behov. Olav vil da få et innsikt over egen smertebehandling, samt få konkrete forslag til tiltak og medikament som kan brukes ved lindrende behandling. I Olavs tilfelle vil opioider være aktuelt, siden han plages mest av fysisk smerter og kombinasjon med andre preparater vil føre til at Olav får tilstrekkelig smertelindring. Opioider tolereres godt og fører ikke til organskade ved langtids bruk, selv i meget høy dose. I følge pasient og brukerrettighetsloven (1999, § 3-2) har Olav rett til å bli informert om behandlingen han mottar. Det er dermed viktig å gi Olav tilstrekkelig informasjon om opioider, siden Olav er skeptisk til bruk av dette. Slik at han ikke vegrer seg for behandling med opioider. Dersom sykepleieren ikke gir tilstrekkelig informasjon til Olav vil dette føre usikkerheter rundt behandlingen og sykepleierens kunnskap (Bjørge, 2016, s. 203-204).

En av pasientene i studien til Kvåle og Bondvik (2010) hadde en dårlig opplevelse i møte med en sykepleier som manglet kunnskap om smertelindring. I sånne situasjoner er det viktig at sykepleieren kan observere og tro på pasientens opplevelse av smerte. Smerter er en subjektiv opplevelse som sykepleieren må ta hensyn til. Det er dermed viktig at sykepleieren adskiller mellom sin oppfatning av pasientens smerte og heller respektere pasientens mening. Smertenes varighet og intensitet varierer og utvikler seg sammen med kreften. Behandlingen og dosen som blir forordnet skal være bestemt etter Olavs smerteopplevelse (Kaasa, 2016, s. 403- 404).

I studien til Molnes (2014) kommer det frem at kreftpasienter er mest redde for smerter. De ønsker likevel ikke å bruke morfin til smertelindring, til tross for intense smerter. De vegrer seg mot å ta opioider, på grunn av myten om bivirkninger og konsekvenser som kan oppstå. For eksempel å bli avhengig, bli døset og å miste kontrollen over seg selv. Dersom sykepleieren ikke har tilstrekkelig kunnskap om smertelindring vil dette føre til at Olav ikke får nok informasjon. Dette kan føre til at Olav blir mer skeptisk til bruk av opioider i behandlingen. Mangel på kunnskap om opioider fører til at sykepleiere er mer forsiktig når de utleverer medikamenter (Molnes, 2014). Vi har erfart at bruk av opioider i behandling av pasienter i livets slutfase er avhengig av sykepleierens kunnskap og ressurs. Det er dermed viktig at sykepleieren er klar over sin plikt til å oppdatere seg faglig for å kunne gi en faglig begrunnelse til Olav (NSF, 2016). Det er viktig at sykepleieren gir en grundig forklaring til Olav om hvordan smertebehandling kan trappes opp ved behov. Sykepleieren kan begrunne dette ved å fortelle hva det innebærer og at det tar utgangspunkt i behandlingen av kreftpasienter (Bjørger, 2016, s. 204).

Dersom Olav ikke får den hjelpen han trenger til å lindre sine smerter kan dette føre til at han føler seg hjelpeløs. Dette kan skyldes at han har manglende evne til å kontrollere sine smerter. Hvis han ikke får tilfredsstillende smertelindring vil det ha negativ påvirkning på hverdagen hans. I studien til Johansson et al. (2006) kommer det frem at fysisk velvære for pasienter med kreft er å være fri for smerter. Dette belyser våre egne erfaringer i møte med kreftpasienter. Disse pasientene har da hatt så mye smerter at de ønsket å isolere seg fra andre. Dette skyldes de sterke smertene samt mangel på energi til å være aktiv og omgås med andre. Når Olav får tilstrekkelig informasjon om smertelindring, vil dette skape mer trygghet hos ham når det gjelder bruken av opioider.

Dette vil føre til at han selv tar initiativ til å spørre om mer smertestillende dersom smertene melder seg. Sykepleierens kliniske observasjon i forhold til Olavs smerter, vil være essensielt dersom det er behov for endringer i behandlingen han mottar. Det er også viktig at sykepleieren informerer Olav om bivirkninger som opioider kan utløse og grunnen til at de oppstår. Dersom pasienten opplever ukontrollerbare bivirkninger som utløses av opioider, er det viktig at sykepleieren informerer Olav om andre alternativer. Dette kan innebære at det kan bli forordnet en annen type medikament som har mindre og mildere bivirkninger. Slik at Olav får bedre oppleve av smertebehandling (Bjørø, 2016, s 203- 204). I studien til Hackett, et al, (2016) kommer det frem en av pasientens opplevelse i forbindelse med bruk av opioider. På grunn av bivirkningen pasienten fikk, foretrakk han å ha smerter i stedet for å bruke medikamenter. Det er dermed viktig at sykepleieren gir grundig informasjon om opioider og dens bivirkning. Informasjon om virkning og bivirkning av medikamentene må formidles til Olav på en forståelig måte som er relevant for han. Informasjonen bør være fullstendig og konkret (Eide & Eide, 2011, s. 292- 293). Det er også viktig at sykepleiere tar i betraktning at Olavs toleranseutvikling mot opioider har mye å si hvordan kroppen hans vil reagere mot den. Behandlingen mot Olavs kvalme og oppkast bør dermed rettes mot primærårsaken. Slik at sykepleiere kan igangsette relevante tiltak som kan eliminere og moderere disse symptomene (Bjørø, 2016, s. 189- 190).

Kvalme og oppkast er symptomer som forekommer ofte hos kreftpasienter, kan være vanskelig å lindre og er mest uttalt ved start eller opptrapping av opioider. Dette kan skyldes mange årsaker, blant annet ved bruk av opioider (Statens legemiddelverk, 2001, 7). Et av sykepleierens oppgave i den lindrende behandlingen vil være å forebygge dette. Kvalme og oppkast er symptomer Olav kan oppleve som belastende og er en subjektiv opplevelse. Dette er blant annet en av grunnene til at han er skeptisk til bruk av opioider. Kvalme og oppkast er et symptom som kan være vanskelig å lindre (Brenne & Dalene, 2016, s. 645) Det er dermed viktig at sykepleieren er flink til å fange opp når Olav er kvalm gjennom sin kliniske observasjon. På denne måten kan sykepleieren iverksette tiltak og forebygge oppkast. Ved å forebygge kvalme og oppkast vil det være mulig å forebygge dehydrering og underernæring som kan redusere pasientens livskvalitet (Lorentsen, 2015 s. 408). For at Olav skal ha best mulig livskvalitet ved livets slutfase, er sykepleieren nødt til å holde seg faglig oppdatert på utvikling av farmakologi. Dette innebærer å ha kunnskap om kvalmestillende medikamenter, samt andre tiltak som kan iverksettes for å forebygge dette.

For at Olav skal få best lindring er det viktig å sikre nødvendig medikamenter, samt at det er lett tilgjengelig hjemme hos pasienten. Sykepleieren bør informere Olav om muligheten til å kombinere medikamenter hvis nødvendig. Dersom medikamentet pasienten får ikke har tilfredsstillende effekt, bør den seponeres og erstattes. Hvis sykepleieren ikke er i stand til å lindre pasientens plage vil dette gå blant annet utover pasientens hverdag som igjen påvirker pasientens livskvalitet. Dette kan forebygges ved at pasienten tar kvalmestillende regelmessig og før måltider slik at medikamentet får tid til å virke (Halvorsen & Aas, 2016, s. 555). Sykepleieren kan også iverksette og informere Olav om andre tiltak som han kan utføre på egen hånd, hvis han føler seg kvalm. Dette kan være for eksempel å spise tørr mat før han står opp og matretter som inneholder salt, da det kan virke kvalmedempende. Dersom Olav reagerer på sterk matlukt bør han unngå kjøkkenet, siden det kan trigge kvalme. Når pasienten føler seg kvalm bør han drikke klare væsker og vente med å drikke til magen har roet seg ned dersom han har kastet opp (Bye & Balstad, 2016, s. 239). Ved måltidene bør Olav bruke den tiden han trenger til og spise og ha muligheten til å hvile etter det. Rommet hvor måltidene blir servert bør være godt luftet. Olav må ikke tvinges til å spise, men det er viktig at får i seg tilstrekkelig væske og ernæring (Aagaard, 2016, s. 227).

Progresjon av kreften vil føre til at Olav kan oppleve endringer i symptomene. Det er dermed meget viktig at Olav får tilfredsstillende lindring av sine kroppslige plager, da dette vil bidra til at pasienten har best mulig livskvalitet. I forbindelse med dette bør behandlingen som Olav får har best mulig effekt og minst bivirkning. Dette vil kreve at sykepleieren holder seg faglig oppdatert, har kunnskap om hvordan sykepleieren kan hjelpe Olav og er tilgjengelig for han (Statens legemiddelverk, 2001, s. 45). Dersom sykepleieren ikke iverksetter konkrete tiltak som er rettet mot Olavs behov, vil dette påvirke hans hverdag og livskvalitet. Dette vil føre til at hensikten med å lindre, pleie, og gi omsorg for Olav blir borte.

OPPSUMMERING

Smerte, kvalme og oppkast er symptomer som kreftpasienter ofte rapporterer om. For å kunne hjelpe pasienter som har en inkurabel sykdom som har slike symptomer er det nødvendig at sykepleieren har medisinsk og farmakologisk kunnskap. I samtale med pasienten kan sykepleieren innhente informasjon og få frem pasientens subjektive meninger om hvordan disse kroppslige plagene påvirker han og hverdagen hans. Sykepleieren må ta det pasienten sier på alvor og tro på han. Dette vil være nødvendig for at sykepleieren skal kunne iverksette konkrete tiltak, som er utarbeidet etter Olavs behov. Ved at sykepleieren inkluderer pasienten i behandlingen han får, vil han kunne få nok informasjon om virkning og bivirkning av medikamenter som blir brukt i behandlingen. På denne måten kan sykepleieren ivareta Olavs rett til medvirkning (1999, § 3-1). Dette vil bidra til trygghet hos pasienten og fører til at pasienten stoler mer på sykepleierens kunnskap, er mer åpen for bruk av opioider mot sine smerter og får et annet perspektiv. Det er dermed viktig at sykepleieren kan også informere om bivirkninger ved bruk av opioider og hvordan det kan behandles. Samt hva slags enkle tiltak Olav kan iverksette dersom opioid bruk utløser kvalme og oppkast. Sykepleierens kliniske observasjon vil være viktig dersom pasientens medikamentelle behandling ikke gir tilfredsstillende effekt og om det blir nødvendig med endringer.

Å lindre pasientens lidelse av meget viktig ved livets slutfase. Ved at sykepleieren har kunnskap og vet hva som skal observeres, vil det være mulig å gi Olav lindrende behandling som er av kvalitet. God lindrende behandling vil være av stor betydning for Olav i livets slutfase. Ved å gi god lindrende behandling vil hensikten med lindring, god pleie og omsorg oppnås. Dersom sykepleieren jobber kunnskapsbasert vil pasienten vil da få tilstrekkelig symptomlindring og best mulig livskvalitet ved livets slutfase.

5. KONKLUSJON

Avslutningsvis har vi kommet frem til at det er viktig at sykepleieren er dyktig på forskjellige aspekter. Dette innebærer at sykepleieren er klar over sin plikt til å oppdatere kunnskapen sin. I hjemmesykepleien kreves det at sykepleiere kan jobbe selvstendig og ta beslutninger som er basert på pålitelig kunnskap. Først og fremst skal sykepleieren ha kunnskap for å kunne yte god lindrende behandling og for unngå å utsette pasienten for ytterligere belastning. Å hjelpe pasienter som er hjemmeboende kan by på forskjellige utfordringer som skyldes av forskjellige årsaker. Disse utfordringene kan påvirke negativt oppfølgingen pasienten får. Derfor er det viktig at sykepleieren jobber kunnskapsbasert, for å kunne iverksette og tilrettelegge behandlingen etter pasientens behov. På denne måten vi sykepleieren. Dette kan være utfordrende i hjemmesykepleien, men det er likevel meget viktig for pasientens velvære og opplevelse av sin livssituasjon. Dersom sykepleieren ikke jobber kunnskapsbasert, vil det ha konsekvenser for behandlingen pasienten mottar. På bakgrunn av dette vil pasienten ikke få tilstrekkelig lindring av sine kroppslige plager som sykdommen medfører. I tillegg til dette, kan mangel på kunnskap påvirke negativt relasjonen som er ønskelig mellom sykepleieren og pasienten.

En god relasjon mellom sykepleieren og pasienten er meget essensielt i den nye livssituasjonen pasienten befinner seg i. Dette fordi det er viktig for pasientens behandling å få frem hans subjektive meninger og behov. I hjemmesykepleien kan det være vanskelig å gi god oppfølging til pasientene. Dette kan by på utfordringer for dannelsen av et godt forhold mellom sykepleieren og pasienten. Likevel er dannelsen av dette forholdet meget viktig for at sykepleieren skal kunne bli kjent med pasienten som et unikt individ. Å skape relasjon og utvikle tillit er tidkrevende. Det er dermed viktig med kontinuitet for å bevare og utvikle tilliten. Det kreves at sykepleieren kan kommunisere godt, har evnen til å forstå pasientens situasjon, lytte aktivt til hans subjektive meninger. Samt gjøre seg forstått på en forståelig måte. For å bevare dette forholdet, kreves det at sykepleieren har et indre ønske om å hjelpe pasienten. Dette må hun vise aktivt gjennom sin væremåte og handlinger. Gjennom å kommunisere godt med pasienten og jobbe kunnskapsbasert vil tilliten pasienten har til sykepleieren forsterkes.

Med gode kommunikasjonsevner, vil det være mulig å unngå kommunikasjonssvikt mellom sykepleieren og pasienten. Ved å danne et menneske- til menneske forhold, vil sykepleieren kunne iverksette tiltak som er utarbeidet etter pasientens individuelle behov.

Hensikten med å gi pasienten lindrende behandling, er at pasienten skal ha best mulig livskvalitet. For å oppnå dette er det nødvendig at sykepleieren har medisinsk og farmakologisk kunnskap. Smerte og kvalme/oppkast er kroppslig plager som kreftpasienter rapporterer oftest. Dersom sykepleieren ikke kan lindre disse plagene, vil dette påvirke pasientens livskvalitet betydelig. Det er dermed viktig at sykepleieren iverksetter individuelle tiltak basert på informasjon som pasienter gir. For at pasienten skal få best mulig lindring må sykepleieren ta pasienten på alvor. For å oppnå dette må sykepleieren inkludere pasienten i behandlingen. Sykepleieren vil da kunne informere pasienten om virkninger og bivirkninger av medikamentene. På denne måten vil pasienten ikke lenger være skeptisk og få et annet perspektiv om behandlingen. Ved at sykepleieren bestandig informerer pasienten ville dette skape trygghet. Til tross for at det er vanskelig, er det meget viktig at sykepleieren kan observere om pasienten får effekt medikamentene eller om det er behov for endringer.

For å oppsummere er det nødvendig at sykepleieren viser respekt og interesse for pasienten. Pasienten vil få en opplevelse av å bli tatt på alvor når sykepleieren lytter. Ved å engasjere seg og jobbe kunnskapsbasert vil sykepleieren kunne yte god lindrende behandling. For å oppnå dette må sykepleieren være tilgjengelig for pasienten og danne et menneske- til menneske forhold som vil være essensielt i lindring av pasientens kroppslige plager. Ved å lindre hans kroppslige plager vil sykepleierens mål og hensikt oppnås. Pasienten vil da kunne ha best mulig livskvalitet til hans siste åndedrag.

6. LITTERATURLISTE

Aagaard, H. (2016). Væske og ernæring. I Kristoffesen, J, N. Nortvedt, F. Skaug, E-A. & Grimsbø, H, G. (Red). *Grunnleggende sykepleie bind 2: Grunnleggende behov. (3. utg. s. 227)*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS 2016

Bertelsen, B., Hornslien, K., & Thoresen, L. (2014). Svulster. I Ørn, S. Mjell, J. & Bach-Gansmo, E. (Red). *Sykdom og behandling (1. utg. s. 129)*. Oslo: Gyldendal Akademisk

* Bjørge, S. (2016). Smerte og smertebehandling. I Reitan, M, A. & Sehjølberg, Kr, T. (Red). *Kreftsykepleie: pasient- utfordring- handling. (3 utg. s. 203- 210)*. Oslo: CAPPELEN DAMM AS.

* Bjørge, S. (2016). Kvalme og kvalmebehandling. I Reitan, M, A. & Sehjølberg, Kr, T. (Red). *Kreftsykepleie: pasient- utfordring- handling. (3 utg. s. 189-190)*. Oslo: CAPPELEN DAMM AS

* Brenne, A- T. & Dalene, R. (2016). Symptomlindring av den døende pasienten. I Kaase, S. & Loge, H, J. (Red.). *Palliasjon: Nordisk Lærebok. (2 utg. s. 645)*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS 2016

* Bye, A. & Balstad, R, T. (2016) Ernæring, generelle prinsipper. I Kaase, S. & Loge, H, J. (Red.). *Palliasjon: Nordisk Lærebok. (2. utg. s. 239)*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS 2016

* Christoffersen, L. Johannessen, A. Tufte, A, P. & Utne, I. (2015). Analyse av dokumenter og litteraturstudie. Christoffersen, L. Johannessen, A. Tufte, A, P. & Utne, I. *Forskningsmetode for sykepleierutdanningene. (s. 60)*. Oslo: Abstrakt forlag AS 2015

Dalland, O. (2014). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS. 2012

Fjørtoft, A- K. (2012). *Hjemmesykepleie: Ansvar, utfordringer og muligheter*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS

Eide, H & Eide, T. (2011). Kommunikasjon i relasjoner: samhandling, konfliktløsning, etikk. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS 2007

Fjørtoft, A- K. (2012). Hjemmesykepleie: Ansvar, utfordringer og muligheter. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS

Grov, K, E. (2014). Pleie og omsorg ved livets slutfase. I Kirkevold, M. Brodtkorb, K. & Ranhoff, H, A. (Red.). *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten*. (2. utg. s. 523). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS 2014

* Hoel, B, M. & Lynes, K, I. (2016). Sykepleieutfordringer ved lungekreft. I Reitan, M, A. & Sehjørberg, Kr, T. (Red). *Kreftsykepleie: pasient- utfordring- handling*. (3 utg. s. 459-461). Oslo: CAPPELEN DAMM AS.

* Halvorsen, O, T. & Aass, N. (2016). Kvalme og oppkast. I Kaase, S. Loge, H, J. (Red). *Palliasjon- nordisk lærebok*. (3. utg. s. 549). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS 2016

* Helsedirektoratet. (2015). *Etiologi og forekomst*. Hentet fra http://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/palliasjon/4.symptomer-og-tilstander/smerte/etiologi-og-forekomst#_ENREF_4

Helsepersonelloven, LOV-1999-07-02-64. (2017). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>

* Halvorsen, O, T. & Aass, N. (2016). Kvalme og oppkast. I Kaase, S. Loge, H, J. (Red). *Palliasjon- nordisk lærebok*. (3. utg. s. 549). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS 2016

Lorentsen, B, V. & Grov, K, E. (2015). Generell sykepleie ved kreftsykdommer. I Almås, H. & Stubberud, D- G. Grønseth, R. (Red). *Klinisk sykepleie 2*. (4. utg. s. 402- 425.) Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS 2010.

Mathisen, J. (2016). Sykepleie ved livets avslutning. I Kristoffersen, J, N. Nortvedt, F. Skaug, E- A. & Grimsbø, H, G. (Red). *Grunnleggende sykepleie 3: Pasientfenomener, samfunn og mestring*. (3. utg. s. 412- 427). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS 2016.

* Rustøen, T. (2006). Begrepet livskvalitet. Rustøen, T. *Håp og livskvalitet- en utfordring for sykepleie?* (1 utg. s. 20- 21). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS 2001

Hummelvoll, J. K. (2014). *Helt- Ikke stykkevis og delt*. (7.utg.,). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Halvorsen, O, T. & Ass, N. (2016). Kvalme og oppkast. I Kaase, S. & Loge, H, J. (Red.). *Palliasjon: Nordisk Lærebok*. (2. utg. s. 555). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS 2016

* Hackett, J. Godfrey, M. & Bennett, M. (2016). Patient and caregiver perspectives on managing pain in advanced cancer: A qualitative longitudinal study. *Palliative Medicine*. 38(8). 711- 719

*Johansson, M, C. Axelsson, B. & Danielson, E. (2006). Living with incurable cancer at the end of life- Patients' perceptions on quality of life. *Cancer Nursing*. 29(5). 391- 399 (antall sider: 9)

*Kaasa, S. (2016). Smertebehandling- generelle prinsipper. I Kaase, S. & Loge, H, J. (Red.). *Palliasjon: Nordisk Lærebok*. (2. utg. s. 403- 404). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS 2016

Kristoffersen, N, J. Nortvedt, F. Skaug, E.-A & Grimsbø, H,G. (2016). Hva er sykepleie? I Kristoffersen, N, J. Nortvedt, F. Skaug, E.-A & Grimsbø, H,G. (Red.) *Grunnleggende sykepleie 1: sykepleie- fag og funksjon*. (3.utg., s. 15- 19). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kristoffersen, J, N. (2016). Sykepleie- kunnskapsgrunnlag og kompetanseutvikling. I Kristoffersen, J, N. Nortvedt, F. Skaug, E- A. & Grimsbø, H, G. (Red). *Grunnleggende sykepleie 1: Sykepleie- fag og funksjon*. (3. utg. s. 144- 145). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS 2016.

Kristoffersen, J, N. (2016). Sykepleiefagets teoretiske utvikling. I Kristoffersen, J, N. Nortvedt, F. Skaug, E- A. & Grimsbø, H, G. (Red). *Grunnleggende sykepleie 3:*

Pasientfenomener, samfunn og mestring. (3. utg. s. 26- 35). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS 2016.

* Krefregisteret. (2015). *Cancer in Norway 2015*. Hentet fra <https://www.krefregisteret.no/Generelt/Publikasjoner/Cancer-in-Norway/cancer-in-norway-2015/> (25.04.17).

*Kunnskapssenteret. (2017). *Sjekkliste for vurdering av forskningsartikler*. Hentet fra <http://www.kunnskapssenteret.no/verktoy/sjekkliste-for-vurdering-av-forskningsartikler>

*Kvåle, K. & Bondevik, M. (2010). Patients' perceptions of the importance of nurses' knowledge about cancer and its treatment for quality nursing care. *Oncology Nursing Forum*. 37(4). 436- 443 (antall sider: 8)

Langeland, N., Halse, A.-K., & Ørn, S. (2014). Sykdommer i bevegelsesapparatet. I Ørn, S. Mjell, J. & Bach- Gansmo, E (Red). *Sykdom og behandling* (1. utg. s. 487). Oslo: Gyldendal Akademisk

* Loge, H, J. (2016). Praktisk klinisk kommunikasjon. I Kaase, S. Loge, H, J. (Red). *Palliasjon- nordisk lærebok*. (3. utg. s. 217). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS 2016

Mjell, J. (2014). Sykdommer i respirasjonsorganene. Ørn, S. Mjell, J. & Bach- Gansmo, E. *Sykdom og behandling*. (1 utg. s. 228-230). Oslo: Gyldendal Akademisk.

*Molnes, I, S. (2014). Sykepleieres erfaringer med smertelindring til hjemmeboende kreftpasienter. *Nordisk Sygeplejeforskning*. 4(2). 141- 156

Norsk sykepleierforbund. (2016). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Hentet fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17102/Yrkesetiske-retningslinjer>

Pasient- og brukerrettighetsloven, LOV-1999-07-02-63. (2016). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

* Rosland, H, J & Tjølsen, A. (2016). Grunnleggende smertepatofysiologi. I Kaase, S. Loge, H, J. (Red). *Palliasjon- nordisk lærebok*. (3. utg. s. 328). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS 2016

*Regjeringen. (s.a). St.meld. nr. 47 (2008- 2009). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009-/id567201/sec1>

*Reitan, M, A. (2016). Kommunikasjon. I Reitan, M, A. & Schjølberg, Kr, T. (Red.). *Kreftsykepleie: pasient- utfordring- handling*. (3. utg., s. 115). Oslo: CAPPELEN DAMM AS

* Svendsen, L. (s.a). Smerte. Hentet fra <https://kreftforeningen.no/rad-og-rettigheter/mestre-livet-med-kreft/smerte/>

* Sæteren, B. (2016). Omsorg for døende pasienter. I Reitan, M, A. & Sehjølberg, Kr, T. (Red). *Kreftsykepleie: pasient- utfordring- handling*. (3 utg. s. 241 - 242). Oslo: CAPPELEN DAMM AS.

*Statens legemiddelverk. (2001). *Terapianbefaling: Palliativ behandling på sykehus og i hjemmet*. Publikasjon 2001:02

* World health organization. (2017). *Cancer: Key facts*. Hentet fra <http://www.un.org/en/events/cancerday/> (25.04.17).

*Travelbee, J. (2007). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS 2001

* Thidemann, I-J. (2015). *Bachelor for sykepleierstudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. Oslo: Universitetsforlaget AS

*Trovik, S, C. & Bauer, H. (2016) Skjelettmetastaser: Kirurgiske behandlingsmuligheter. I Kaase, S. & Loge, H, J. (Red.). *Palliasjon: Nordisk Lærebok*. (2. utg. s. 594) Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS 2016

VEDLEGG 1: PICO- SKJEMA

Problemstilling formuleres som et presist spørsmål: ‘‘ Hvordan kan sykepleieren gi god lindrende behandling ved livets slutfase hos pasienter med cancer pulm? ‘‘			
Hva slags type spørsmål er dette? <input type="checkbox"/> Diagnose <input type="checkbox"/> Årsak <input type="checkbox"/> Erfaringer <input type="checkbox"/> <u>Hvordan går det med...?</u> <input type="checkbox"/> Effekt av tiltak			
P Beskriv hvilke populasjon/gruppe det dreier seg om, evt. hva som er problemet:	I Beskriv intervensjon (tiltak) eller eksposisjon (hva de utsettes for):	C Skal tiltaket sammenlignes (comparison) med et annet tiltak? Beskriv det andre tiltaket:	O Beskriv hvilke(t) utfall (outcome) du vil oppnå eller unngå:
P Noter engelske søkeord for gruppe/problem	I Noter engelske søkeord for intervensjon/eksposisjon	C Noter engelske søkeord for evt. sammenligning	O Noter engelske søkeord for utfall
Cancer pasienter Cancer pulm pasienter Hjemme Kreft/ cancer livets slutfase Pasient* Sykepleier Terminale pasienter* Patient* Cancer Cancer patients Home incurable cancer end of life* Lung cancer patients Nurse Terminal patients*	Palliative behandling/ omsorg* Lindrende behandling Sykepleie smertebehandling Palliative treatment/ care* Nursing pain management		Kunnskap* Livskvalitet Smertelindring Quality of life/ life quality Pain Relief Knowledge*

VEDDLEGG 2: FORSKNINGSSØK

Patients' Perceptions of the Importance of Nurses' Knowledge About Cancer and Its Treatment for Quality Nursing Care.

Dato Database	Søkeord	Antall treff	Leste abstrakt	Leste artikler	Artikler inkludert
29.03.2017 CINAHL via helsebiblioteket	<i>Cancer patients OR nursing AND life quality AND knowledge*</i>	22.933	4	2	1

Sykepleieres erfaringer med smertelindring til hjemmeboende kreftpasienter (2010)

Dato Database	Søkeord	Antall treff	Leste abstrakt	Leste artikler	Artikler inkludert
29.03.2017 SveMed+ via helsebiblioteket	<i>palliative behandling AND kreft AND sykepleie</i>	35	2	1	1

Living with incurable cancer at the end of life- patients' perceptions on quality of life

Dato Database	Søkeord	Antall treff	Leste abstrakt	Leste artikler	Artikler inkludert
31.03.2017 CINAHL via helsebiblioteket	<i>Incurable cancer AND end of life AND quality of life AND patient</i>	29	3	1	1

Patient and caregiver perspectives on managing pain in advanced cancer: A qualitative longitudinal study

Dato Database	Søkeord	Antall treff	Leste abstrakt	Leste artikler	Artikler inkludert
01.05.2017 CINAHL via helsebiblioteket	<i>Pain management AND quality of life AND cancer patients</i>	64	2	2	1