

Eldre med kreft på sykehjem



Av Liv Wergeland Sørbye, professor, Diakonhjemmet høgskole, institutt for sykepleie og helse

Innledning

Kreft er en diagnose som for mange er forbundet med lidelse og en altfor tidlig død. Sannsynligheten for å utvikle kreft før fylte 75 år er 35 % hos menn og 28 % hos kvinner (1). Kreft er en sykdom som først og fremst rammer eldre. Likevel omhandler mye av det som er skrevet om kreft mennesker som er midt i livet eller yngre. Dette gjelder både skjønnlitteratur, fagbøker og forskningsartikler.

Samhandlingsreformen forventer at kommunehelsetjenesten skal i vareta kronisk syke og døende pasienter sine behov (2). En eldre person med kreft vil ha behov for pleie og omsorg over lengre tid, i gjennomsnitt 2,4 år (3). I forslag til nasjonal strategi på kreftområdet blir det presisert at det å kunne tilby den eldre pasi-

entgruppen god kreftbehandling, pleie og omsorg er en stor utfordring for helsevesenet (4). Tall fra Statistisk sentralbyrå viser at 40 % av alle pasienter med en kreftdiagnose dør i sykehjem (5). Dette innebærer at mange eldre med kreft bor i sykehjem over lengre tid. En tverrsnittstudie av dødsfall ved 13 ulike sykehjem i Norge viste at 14 % hadde kreft som innleggelsesdiagnose (6). Når en eldre person har en kreftdiagnose og i tillegg får behov for heldøgnsomsorg er det nærliggende å tenke «Ja, noe skal en jo dø av». Mange artikler om kreft i sykehjem har derfor palliativ omsorg som tema (7). Det er behov for studier som beskriver ulike sider av det å leve med kreft på sykehjem og hvilke utfordringer dette innebærer. Denne artikkelen vil belyse hva som karakteriserer kreftpasienter i sykehjem i dag og hvilken

Bakgrunn: En eldre person med kreft har ofte behov for pleie og omsorg over lengre tid. Tall fra Statistisk sentralbyrå viser at 40 % av alle kreftpasientene dør i sykehjem. Denne artikkelen beskriver kreftpasienter i sykehjem og hvilke kompetanse sykepleiere i eldreomsorg bør inneha for å møte deres behov.

Metode: Det ble foretatt et litteratursøk av publikasjoner fra de siste 5 år i databasene Ovid Nursing, SweMed og PubMed. Funnene herfra ble sammenholdt med en tverrsnittstudie ved to sykehjem, det ene i 2009 og det andre i 2013. Vi benyttet det internasjonale vurderingsverktøyet Resident Assessment Instrument for langtidspleie.

Resultat: Totalt deltok 128 eldre, 12 (10 %) hadde en kreftdiagnose og var 1,2 år yngre enn ikke-kreftpasientene (85,6 år vs. 86,8 år). Liggetiden fra innkomst til vurderingstidspunktet var et halvt år kortere for kreftpasientene. Få pasienter ble utredet eller fikk aktiv behandling for kreftlidelsen. Som andre eldre hadde kreftpasientene lav kroppsmasseindeks og var utsatt for trykksår.

Konklusjon: Kreftpasienter i sykehjem skiller seg ikke vesentlig fra andre sykehjemsbeboere. Diagnostiske tiltak er sparsomme og utfordrer etiske valg. Disse konklusjonene kan ikke trekkes på grunnlag av vårt begrensede empiriske materiale, men har støtte i andre undersøkelser. Sykepleierne må kjenne til pasientens grunnlidelse for å hindre unødvendige komplikasjoner.

Nøkkelord: Kreft, sykehjem, eldre, etikk

Background: An older person with cancer will need treatment and nursing care for a long time. Figures from Statistics Norway show that of all cancer patients, 40 % die in nursing homes. This article describes cancer patients in nursing homes and the expertise in geriatric care that nurses should possess to meet their needs.

Method: It was conducted a literature search of publications from the last five years in the databases Ovid Nursing, Swemed and PubMed. The findings here were compared with a cross-sectional study at two nursing homes, one in 2009 and the second in 2013. We used the international assessment tool Resident Assessment Instrument for long-term care.

Results: Of a total of 128 elderly, 12 (10%) had a cancer diagnosis and was 1.2 years younger than non-cancer patients (85.6 years vs. 86.8 years). The time from admission to the time of assessment was half a year shorter for cancer patients. Few patients went to control or received active treatment for their cancer disorder. Like other elderly, cancer patients had low body mass index and were exposed to pressure ulcers.

Conclusion: Cancer patients in nursing homes do not differ significantly from other nursing home residents. Diagnostic measures are sparse and challenging ethical choices. These conclusions cannot be drawn only on the basis of our limited empirical material, but with the support from other studies. Nurses must recognize the patient's primary disease to prevent unnecessary complications.

Keywords: Cancer, nursing homes, elderly, ethics



kompetanse sykepleiere i eldreomsorg bør inneha for å møte deres behov

Forskningsspørsmål

Hva skiller eldre kreftpasienter fra andre beboere? Hvilke sykepleiefaglige utfordringer bør prioriteres?

Metode

Artikkelen tar utgangspunkt i a) litteratursøk og b) studie i to sykehjem.

Litteratursøk: Det ble foretatt en systematisk litteraturgjennomgang av forskningsartikler publisert siste 5 år i databasene Ovid Nursing, SweMed og PubMed. Ovid Nursing er en database innen sykepleiefag som inneholder fagfellevurderte artikler. SweMed inneholder fag og forskningsartikler fra de nordiske landene. Søkeord var: Search for: (cancer and nursing home). mp. [mp=title, original title, abstract, rare disease supplementary concept, protocol supplementary concept, name of substance word, subject heading word, mesh heading word, keyword heading word]. I PubMed ble søkerordene begrenset til (cancer[Title/Abstract] AND «nursing homes»[MeSH Terms]) AND Norway[Affiliation. Samt separate søk med Sweden and Denmark som affiliation (tilhørighet)

Begrunnelse for valg av inklusjonskriterier. Artiklene skulle omhandle kreftpasienter i sykehjem relatert til sykepleiefaglige utfordringer. For å få gjenkjennbare forhold søkte vi fortrinnsvis erfaringer fra Skandinavia.

Begrunnelse for valg av eksklusjonskriterier. Vi ønsket å vurdere kreftpasienter sin situasjon, derfor måtte forskningsartiklene konkret omhandle kreftpasienter. Forskning angående pasienter innlagt i sykehus eller hjemmetjenesten ble ikke inkludert. Palliativ omsorg blir av flere definert som livets siste 6–12 måneder. Vi valgte likevel å ekskludere disse artiklene, fordi datamaterialet var en tverrsnittsstudie og skulle omhandle å leve med kreft.

Sykehjemsundersøkelsen

Utvalget vårt er hentet fra to sykehjem i Oslo. I 2009 ble det gjennomført en omfattende vurdering av beboernes situasjon på sykehjem A og en tilsvarende undersøkelse på sykehjem B i 2013. Fra sykehjem A deltok 65 beboere og på sykehjem B 63 beboere (svarprosenten var henholdsvis 44 % og 90 %). På sykehjem A var andel kreftpasienter som deltok i undersøkelsen representative for den totale andelen på sykehjemmet. På sykehjem B var alle kreftpasientene inkludert.

Data ble samlet inn ved bruk av det internasjonale vurderingsverktøyet Resident Assessment Instrument for langtids pleie (RAI-LTCF) (8). Dette skjemaet har fulgt gjeldende regler for oversetting fra engelsk til norsk og fra norsk til engelsk (www.interrai.org). Norge har også deltatt i reliabilitet og validitetstesting av instrumentet (9).

Viktige variabler er blant annet dokumentasjon angående ernærings- og hydreringsstatus, fysisk og kognitiv fungering, sykdomsdiagnoser, ulike plager og variabler knyttet til velvære og sosialfungering. I denne presentasjonen har vi foretatt et utvalg av variabler relatert til aktuelle tema vi ønsker å belyse.

Utvalgte variabler

Bakgrunnsdata som ble benyttet var alder, kjønn, antall liggetid i sykehjem fra innkomst til vurderingstidspunktet angitt i år og diagnose: De vanligste sykdomsgruppene var oppført i vurderingsskjemaet, i tillegg var det plass for å supplere med andre sykdommer. Sykepleierne ble bedt om å vurdere på en skala fra 0–3. Sykdomsdiagnoser: 0) Ikke til stede 1) Primærdiagnose/diagnoser for nåværende opphold 2) Diagnose er til stede, personen får aktiv behandling 3) Diagnose er stilt, overvåket men det gis ingen aktiv livsforlengende behandling. Dikotomert: 0 vs. 1–3.

I denne artikkelen illustreres ernæringsstatus med kroppsmasse indeks (KMI). Dikotomert: mindre eller

KREFTSYK:

Beboere i sykehjem kan ha kreft uten at de får en diagnose. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

større enn 20,5 kg/m². Nasjonale retningslinjer for risiko for underernæring har satt dette som grensesnitt for eldre (10). I tillegg ble det vurdert om det var behov for tilrettelegging av spisesituasjon, konsistens på maten, parenteral ernæring og klinisk vurdering av tegn på dehydrering, kvalme og oppkast, svelgeproblemer og munntørrehet. Dikotomert: 0) Ikke til stede 1) Tilstede

Trykksår var definert på en skala 0–5. 0) Intet trykksår, 1) Ethvert område med rød hud 2) Delvis tap av hudlag 3) Dype hudkrater 4) Brudd i hudoverflate med synlig muskel eller bein 5) Ikke kodbar f.eks. nekrotisk vev dominerer. Vi har vurdert enhver form for trykksår som tilstedeværelse av trykksår (1-4). Dikotomert: 01 vs. 2–5.

Det ble også kartlagt om pasienten hadde vært til koloskopiundersøkelse i løpet av de siste 5 år og mammografi eller brystundersøkelse siste 2 år (for kvinner).

I forhold til smertesyntomer og andre plager ble det spesielt lagt vekt på om smerteregimet som ble gitt ga tilstrekkelig smertelindring. Det ble benyttet en skala hvor hvert av de seks variablene var definert: 0) Ingen problemer med smerte 1) Smerstens intensitet akseptabel for vedkommende, ingen behandling eller endring i regime nødvendig 2) Tilstrekkelig kontrollert med behandlingsregime 3) Kontrollert når behandlingsregimet følges, men dette blir ikke alltid fulgt 4) Behandlingsregimet følges, men smertekontroll er ikke tilstrekkelig 5) Intet behandlingsregime følges, smerte ikke tilstrekkelig kontrollert.

Fall, perifere ødemer, åndenød, fatigue, angst og depresjoner. Dikotomert: 0) Ikke til stede 1) Tilstede

Praktisk gjennomføring

For å få en så ensartet dataregistrering som mulig var det fortrinnsvis to forskere som fylte ut vurderingsskjemaene i samarbeid med pleiere som hadde daglig kontakt med den enkelte pasient. Symptomer og funksjoner skulle ha vært til stede i løpet av de tre siste døgn, dersom ikke annet var spesifisert. Ansvarlig sykepleier sørget for bakgrunnsdata fra medisinsk- eller sykepleiefaglig dokumentasjon. Avdelingene beholdt papirutgaven av det utfylte vurderingsskjemaet. De elektroniske RAI- skjema hadde ingen personidentifiserbare opplysninger, men et kodennummer som den enkelte avdelingsleder skulle kunne identifisere. Avdelingene skulle gi beskjed til forskerne ved overflytting til et annet sykehjem eller ved dødsfall, noe som viste seg problematisk i praksis. Det ble derfor i noen tilfeller gjennomført i ettertid.

Etiske vurderinger

Kartleggingen som ble gjennomført ved sykehjem A var en del av en større undersøkelse som var godkjent av regional etisk komité for medisinsk og helsefaglig forskning (REK- S-09052 c 2009/625). Kartleggingen ved sykehjem B var en del av et kvalitetssikringsprosjekt og var derfor ikke framleggspliktig for REK (11). I begge studiene var det innhentet skriftlig informert samtykke fra den eldre selv eller deres pårørende.

Dataanalyse

Dataanalysen ble utført i SPSS versjon 20. «Kreft» versus «ikke-kreft» ble benyttet som uavhengig variabel. De ulike variablene ble dikotomert slik det er angitt i beskrivelsen av variablene. Et eksempel på dette kan være fall vs. ikke fall. Vi har benyttet kjikvadrattest (krystabellanalyse), men ingen statistisk signifikante forskjeller mellom kreft og ikke kreft pasienter er påvist. Resultatene blir presentert i frekvenstabeller angitt i antall og prosent. Vi benytter gjennomsnittsverdien, Mean (Mn), det aritmetiske gjennomsnitt. Spredningen fra gjennomsnittet blir oppgitt i Standardavvik (Sd).

Resultater

Litteraturstudie

I Ovid Nursing var det 24 treff i perioden mars 2008-april 2013, søket i SveMed ga to treff og PubMed 4 treff. En av artiklene var inkludert både i OvidNursing og PubMed. Etter gjennomlesing av sammendrag ble 18 artikler fra Ovid Nursing valgt ut og studert videre i fulltekst. Av disse artiklene ble 10 artikler vurdert til å oppfylle inklusjonskriteriene. Alle fire artiklene i PubMed oppfylte inklusjonskriteriene. De to artiklene i SveMed ble vurdert som fagartikler. Se tabell 1.

Flere av undersøkelsene viser bruken av sykehjemsopphold for kreftpasienter og hvor stor andel av kreftpasienter som dør på sykehjem. En spansk undersøkelse (12) kartla forbruk av akutt innleggelser, liggedøgn i sykehus og dødssted av 524 kreftpasienter. I dette utvalget var det 3 % som døde i sykehjem. En retrospektiv gjennomgang av dødsattester i London viste at andel pasienter som døde av kreft i alle sykehjem var i gjennomsnitt 8 % med en variasjon på 5–17 % mellom ulike bydeler (13).

Enkelte studier kan tyde på at sykehjemspasienter som fra før ikke hadde en kreftdiagnose, ikke blir fulgt opp med utredning når mistanke om kreft oppstår. En amerikansk studie viste at 25 % av pasienter som fikk en ny kreftsykdom ble først diagnostisert i løpet av sine siste leveuker, eller diagnosen ble stilt ved obduksjon (14). I Nederland var det 33 % sykehjemsbeboere



Name/year Location	Nursing home residents and research methods	Results
Andel av en kreftpopulasjon som dør i sykehjem		
Alonso-Babarro mfl. (2013) Madrid, Spania	Registerdata av dødssted N = 524	I dette utvalget var det 3 % kreftpasientene som døde i sykehjem
Madden mfl. (2011) London, England	En retrospektiv gjennomgang av dødsattester for å kartlegge hvor kreftpasienter døde i ulike bydeler	Andel pasienter som døde av kreft i sykehjem var 8 % med en variasjon på 5-17 % mellom ulike bydeler
Diagnostisering og behandling		
Clement mfl. (2009) Michigan, USA	Registerdata fra 1997-2000, smertestillende medisiner relatert til diagnose opptil en måned etter den ble stilt N=1.316	Det var 25 % av pasientene som fikk en ny kreftdiagnose ved dødsfallet eller innen en måned før hadde kreft
Hamaker mfl. (2012) Utrecht, The Netherlands	A Web-basert spørreundersøkelse ble sent til alle leger som arbeidet innen eldreomsorgen. N=419 (34 %)	Flere pasienter i sykehjem med mistanke om brystkreft (33 %) ble ikke henvist for videre testing
Sigurdsson mfl. (2009) Stavanger, Norge	En registerstudie av uheldelig endetarmskreft (N=287). Alder, kjønn, bosted, forbruk av ulike helsetjenester	Av de pasientene som ikke fikk større operasjoner, cellegift eller strålebehandling, var 87 % over 77 år. De bodde ofte i sykehjem
Morello mfl. (2009), Italia	Enteral ernæring i sykehjemsbeboere: en fem-årig (2001-2005) epidemiologisk analyse. N=482	Av de sykehjems pasienter som ble sondermat hadde få en kreftdiagnose (3.9 %)
Smerter og andre plager		
Carpenter mfl. (2012) Utah, USA	Case studie: En teoretisk drøftelse av smerter hos kreftpasienter som er resistente mot vanlig behandling	Resistente smerter kan være relatert til utilstrekkelig behandlet eller ufullstendig vurdering av helhetlig smerte
Duncan mfl. (2008, 2009) Kansas City, USA	En sammenlignende studie av ulike symptomer, hos. N=1022 kreft, N=9910 ikke kreft	Smerter, åndenød, oppkast, vekttap og diaré var signifikant ($p < 0.05$) mer utbredt i beboere med kreft
Fosnes mfl. (2011) Trondheim, Norge	Et tverrsnittstudie av sykehjemsbeboere (N=647) N= 191 (16 %) har en kreftdiagnose	Kreftpasienter i sykehjem hadde signifikant mer normal tarmfungering enn ikke kreft pasienter
Barca mfl. (2010) Oslo, Norge	En gjennomgang av 902 journaler demenskalaer og en måling av fysisk helse	Det å ha en kreft diagnose var en signifikant predikter for død (0,03)
Dragset mfl. 1. (2012A) og 2. 2012B, 2013A) Bergen, Norge	1) Et tverrsnitts observasjons-studie relatert til livskvalitet og helse samt opplysninger fra journal. 2) Fem års oppfølging N=60 med kreft N=167 uten kreft (kognitive «intakt»)	1) Beboere med kreft dårligere generell helse enn beboerne uten kreft ($P = 0,04$) lavere livskvalitet skåre. 2) Det var ingen forskjell i forhold til depresjon eller emosjonell ensomhet assosiert med høyere dødelighet

TABELL 1. Litteraturgjennomgang kreftpasienter i sykehjem: Litteratursøk (March 2008- April.2013).

med mistanke om brystkreft som ikke ble henvist for videre testing (15). Sigurdsson mfl. (16) gjennomførte en norsk registerstudie av pasienter med uheldelig endetarmskreft (N=287) hvor alder, kjønn, bosted, forbruk av ulike helsetjenester ble analysert. Av de pasientene som ikke fikk større operasjoner, cellegift

eller strålebehandling, var 87 % over 77 år og de bodde ofte i sykehjem. En italiensk studie viste at andelen av kreftpasienter som ble sondermatet i sykehjem var lavere enn for ikke-kreftpasienter (17).

Smerter hos eldre kreftpasienter kan ha et annet uttrykk enn hos andre pasientgrupper. Carpenter og

kollega (18) illustrerer dette med en kasuistikk. For denne pasienten ble ekspertisen fra et tverrfaglig team avgjørende for god lindring. Resistente smerter som ikke blir lindret av vanlig behandling er spesielt vanskelig for eldre pasienter som er blitt overflyttet fra hjem til sykehus, fra sykehus til sykehjem. Duncan mfl.(19-20) viste at kreftpasienter i sykehjem var hyppigere plaget av diaré enn andre pasienter. En norsk studie (21) viste imidlertid at kreftpasienter i sykehjem hadde signifikant mer normal tarmfungering enn pasienter med andre diagnoser.

Drageset mfl. (22–23) har fulgt kreftpasienter i sykehjem over en femårsperiode. Beboere med kreft hadde dårligere generell helse enn beboerne uten kreft ($p = 0,04$) og lavere livskvalitet skåre. Det var imidlertid ingen forskjell på pasientgruppene i forhold til depresjon eller emosjonell ensomhet assosiert med høyere dødelighet. Kreftpasienter som rapporterte høy grad av angst hadde signifikant høyere dødelighet sammenliknet med pasienter som rapporterte lavere grad av angst. Barca mfl. (24) undersøkte forekomst av utholdenhet, symptomer på depresjonssymptomer og deres risikofaktorer blant sykehjems pasienter i en 12 måneder oppfølgingsstudie. Han fant at depresjon var mer hyppig i høyere alder. Det å ha en kreftdiagnose var en signifikant predikter for død ($p=0,03$).

Sykehjemsmaterialet – resultat

I tabell 2 presenteres bakgrunnsopplysninger for pasientene som har deltatt i sykehjemsundersøkelsen. Utvalgene er relativt sammenfallende i forhold til kjønn, alder, kreftforekomst og liggetid. For hele utvalget ($N=128$) så er gjennomsnittsalderen for de som har kreft 1,2 år lavere enn pasientgruppen uten kreft (henholdsvis 85,6 år vs. 86,8 år). Andel kvinner er noe lavere blant kreftpasienter enn blant pasienter uten kreft. I forhold til kategorisering av kreftlidelsen (se variabeldefinisjoner) så hadde to pasienter kreft som primærdiagnose for daværende opphold, to pasienter fikk aktiv behandling for sin kreft, mens åtte ble overvåket men fikk ingen aktiv behandling (data ikke vist). Se tabell 2.

I tabell 3 presenteres ulike karakteristika og plager hos kreftpasienter sammenliknet med pasienter som ikke har kreft. I begge gruppene har pasientene en demensdiagnose – Alzheimers eller annen type demens. Angst og eller depresjon forekom hyppigere hos ikke kreftpasienter enn kreftpasienter. En noe større andel kreftpasienter har en Kroppsmasseindeks under $20,5 \text{ kg/m}^2$, og kreftpasientene var noe mer utsatt for trykksår. Tre av kreftpasientene trengte spesielt

tilrettelagt diett, tilnærmet samme andel som ikke kreftpasientene. Det var 25 % kreftpasienter som var plaget av tørr munn og eller svelgevansker, tilsvarende tall for ikke kreftpasienter var 17 % (data ikke vist).

Andel med smerter og smertelindring er presentert i tabell 4. Det var en større andel av kreftpasientene som ikke ble vurdert til å ha smerter sammenliknet med ikke-kreftpasienter (henholdsvis 67 % vs. 43 %). Alle kreftpasientene som hadde behov for et smerteregime (fast smertelindringsopplegg) fikk dette, mens 13 % av ikke-kreft pasientene hadde et udekket behov for et slikt regime. Se tabell 4.

Når det gjaldt spesifikke undersøkelser og behandlinger, var det totalt sju pasienter som hadde vært til koloskopi i løpet av de siste fem år, en av dem var en kreftpasient. En av kreftpasientene hadde vært til mammografi i løpet av de siste årene (data ikke vist).

Drøfting

Denne artikkelen presenterer en litteraturoversikt med 14 artikler som omhandler pasienter med en kreftdiagnose som bor i sykehjem. Tema som blir omhandlet er diagnostikk, behandling, ernæringsstatus, smerter og andre plager samt psykososialforhold. Drøftingen omfatter hvilke sykepleiefaglige utfordringer som bør prioriteres.

Hvor stor andel kreftpasienter er i sykehjem

Det var sparsomt med studier som beskriver det å leve i sykehjem med kreft. De fleste studier som identifiserer kreftpasienter i sykehjem har fokusert på omsorg ved livets slutt, evaluering av kvaliteten på smertelindring, og risikofaktorer for død (7). Husebø (3) drøfter resultater fra en engelsk undersøkelse hvor en regner med at eldre kreftpasienter i snitt har hatt behov for pleie og omsorg i 2,4 år. Andel kreftpasienter som har fast sykehjemsplass varierer i en rekke studier. En studie fra USA som baserte seg på data fra en nasjonal sykehjemsundersøkelse viste at kreft var primærdiagnosen hos 11 % av beboerne (25). Denne studien benyttet det samme vurderingsverktøyet som i vår studie. De helsepolitiske forhold i USA er sannsynligvis svært forskjellige fra våre norske forhold, så det at prosentandel av kreft i sykehjem var identisk med vårt materiale var nok mer tilfeldig. En europeisk undersøkelse, the Shelter study (26) viser at andel kreftpasienter som bor i sykehjem i snitt er 11 %, med en variasjon fra 6 % i Italia til 17 % i Frankrike (upubliserte data Sørbye & Onder 2013). I skandinaviske land med en relativ god sykehjemsdekning er



Karakteristika	Sykehjem A: 2009		Sykehjem B: 2013		Sykehjem A+B	
	Kreft N (%)	Ikke kreft N (%)	Kreft N (%)	Ikke kreft N (%)	Kreft N (%)	Ikke kreft N (116)
Diagnose, %	7 (11)	58 (89)	5 (8)	58 (92)	12 (10)	116 (89)
Alder: år; Mn* (Sd)**	86 (7,2)	86,5 (7,2)	90,6 (6,3)	87,4 (8,2)	85,6 (7,5)	86,8 (7,8)
Kvinner (%)	57,1	83	100	82	75	83
Liggetid: år; Mn (Sd)	1,6 (1,7)	2,7 (2,4)	2,2 (1,5)	1,9 (1,8)	1,8 (1,6)	2,3 (2,2)

TABELL 2.

Tverrsnittstudie: bakgrunnsdata av beboere på sykehjem A og B våren 2010 og våren 2013. N=65, 63 og totalt 128.

*Median (gjennomsnitt) ** Standardavvik (spredning fra gjennomsnittet)



Sykehjem A+B N=128		
Karakteristika/plager	KreftN=12	Ikke kreftN=116
Alzheimers/annen demens	9 (75)	70 (60)
Fall siste 30 dager	2 (17)	17 (15)
Perifere ødemer	2 (17)	17 (15)
Trykksår	3 (25)	12 (11)
Åndenød	2 (17)	24 (21)
Fatigue	7 (58)	69 (61)
Angst og/eller depresjon	2 (17)	39 (34)
KMI* (< 20,5kg/m ²)	4 (33)	25 (25)
Kvalme/oppkast	2 (17)	19 (22)
Diare	1 (8)	16 (14)
Obstipasjon	1 (8)	22 (19)
Dehydrert	0	6 (5)

TABELL 3.

Karakteristika og plager blant 128 sykehjemspasienter med og uten kreftdiagnose.

Smertelindring	Sykehjem A + B	
	Kreft N (%)	Ikke kreft N (%)
Ingen smerter	8 (67)	49 (43)
Smertenens intensitet akseptabelt	-	-
Tilfredsstillende kontrollert	3 (25)	33 (29)
Kontrollert tilfredsstillende når regimet følges	1 (8)	12 (11)
Følger regime, men ikke tilstrekkelig	-	4 (4)
Intet regime, ikke smertekontroll	0	15 (13)
Totalt	12 (100)	113* (100)

TABELL 4.

Smertelindring. N=128, angitt i prosent.

*Ingen opplysninger om tre pasienter

det nærliggende å anta at andel kreftpasienter ville være høyt. Imidlertid er andelen i Finland relativt lav 7 % (ibid).

For å få et mest mulig korrekt bilde av hvor stor andel kreftpasienter som har hatt sitt siste botilbud i sykehjem opplyser Statistisk sentralbyrå at 40 % av kreftpasientene dør i sykehjem (5). Jordhøy mfl. (27) fant i en studie av 395 kreftpasienter døde 55 (14 %) i sykehjem. Denne andelen er sammenfallende med resultatene fra KS-undersøkelsen (6). Sosial- og helsedirektoratets rapport om Palliative enheter på sykehjem med fokus på kreftpasienter (28) viser til at mens under 20 % av kreftpasientene dør i sykehjem i bykommunene, er andelen 30–40 % i landkommunene. Til tross for at KS-undersøkelsen hadde inkluderte kommuner med stor geografisk spredning økte ikke prosentandelen nevneverdig (6).

Behov for korrekt kreftdiagnose i sykehjem

Eldre har ofte et sammensatt sykdomsbilde og forskning viser at kreftsykdommen blir underbehandlet (20). Mange eldre kan ha en uoppdaget kreftdiagnose. I vårt materielle hadde få av sykehjemsbeboerne gjennomgått koloskopi eller mammografi i løpet av botiden i sykehjem. Sigurdsson mfl. (16) utførte en retrospektiv undersøkelse av colorektalkreft. Av de pasientene som ikke fikk større operasjoner, cellegift eller strålebehandling, var 87 % over 77 år. De bodde ofte i sykehjem. Hamaker mfl. (15) viste at flere pasienter i sykehjem med mistanke om brystkreft (33 %) ikke ble henvist for videre testing. Clement mfl. (14) gjennomførte en retrospektiv gjennomgang av kreftregisterdata. Det viste at 74 % av pasientene som fikk en ny diagnose ved dødsfallet eller innen en måned før hadde kreft. Vi fant flere undersøkelser som viser usikkerhet ved diagnoser som er skrevet på dødsattesten. Hvor stor andel kreftpasienter som bor på sykehjem er kanskje vanskelig å fastslå, spesielt fordi vi mangler kvalitetssikring av dødsmeldinger (29). I Norge blir det bare unntaksvis foretatt obduksjon av sykehjemsbeboere (30).

Ernæringsstatus

Mange sykehjemsbeboere har en lav KMI, og kreftpasienten kommer ofte dårligst ut. Det er relativt få ekstraordinære tiltak som blir benyttet for å øke ernæringsstatus. Grunnen til at ikke pasientene spiser, er ikke alltid utredet godt nok. I vårt materiale var det få pasienter hvor det var blitt rapportert svelgeproblemer eller plagsom munntørhet og hadde mottatt parenteral ernæring eller intravenøs væsketilførsel. Er det en stille

overenskomst blant personalet om at dersom pasienten ikke lengre kan ta til seg mat eller væske, så får det bare være slik?

Smarter og annen symptomlindring

En kreftlidelse er ofte assosiert til det å ha mange plager. Duncan og kollegaer (19–20) fant at smerter, åndenød, oppkast, vekttap og diaré var signifikant ($p < 0.05$) mer utbredt hos beboere med kreft. Dette var ikke i samsvar med våre funn. Steindal og kollegaer (31) gjennomførte en sammenliknende studie av kreft og ikke kreft pasienter som døde i sykehus. De fant få signifikante forskjeller på disse to gruppene. Jordhøy mfl. (27) sammenliknet kreftpasienter som døde i sykehjem med kreftpasienter som døde i sykehus eller hjemme. Resultatene viste at kreftpasientene som døde i sykehjem ofte var eldre enslige kvinner, hadde dårligere fysisk fungering, hadde dårligere appetitt og var mer plaget av tretthet enn kreftpasienter som døde andre steder. Et viktig spørsmål blir derfor om disse eldre kreftpasientene har andre behov enn det som er vanlig hos skrøpelige sykehjempasienter generelt. Det finnes lite kunnskap om de eldres subjektive oppfatninger av opplevelsen av det å ha kreft. I forhold til behandling ikke behandling opplever noen eldre at det er vanskelig å skulle ta beslutninger selv, og de overlater til helsepersonell å bestemme for dem. Andre ønsker å bli konsultert, men kan oppleve at de blir ignorert eller ikke støttes i sin avgjørelse (32). Drageset mfl. (33,23) sammenliknet kognitive klare sykehjempasienter med og uten kreftdiagnose. Pasienter med kreftdiagnose rapporterte mer smerter, og signifikant dårligere helse ($p=0,04$) sammenliknet med pasienter uten kreftdiagnose. Like ens viste funnene at kreftpasienter som rapporterte høy grad av angst hadde kortere overlevelse sammenliknet med pasienter som rapporterte lav grad av angst ($p=0,02$).

I vårt materiale var det små forskjeller mellom symptomer og plager hos kreftpasientene vs. andre pasienter. Det gjaldt fysiske så vel som psykososiale anliggende.

Det kunne være nærliggende å tenke at livet på sykehjem for en eldre noe dement kreftpasient med et stabilisert sykdomsbilde ikke skulle være så mye annerledes enn for pasienter med andre diagnoser. Kanskje forskjellen kommer tydeligere frem i den palliative fasen? I rapporten *En verdig avslutning på livet* var 13 sykehjem representert fra 7 forskjellige kommuner. Her ble de siste tre levedøgn rekonstruert kort etter dødsfallet i intervju med ansvarlig pleier (vurderings-skjemaet Resident Assessment Instrument for Palliative Care) og opplysninger fra skriftlig dokumentasjon (6).



I denne studien var kreftpasientene i snitt 1,5 år yngre og hadde 1,6 år kortere liggetid enn ikke kreftpasienter. Når det gjaldt symptomer og plager var kreftpasientene oftere avmagret og dehydrert, enn døende med andre diagnoser.

Hvilke sykepleiefaglige utfordringer bør prioriteres?
Kartlegging. Mange av pasientene, har fått en kreftdiagnose før innflytting i sykehjem. Ved innkomstsamtalen er det viktig at pasientens forventninger og ønsker til hva sykehjemmet kan tilby kommer tydelig fram. I løpet av de første dagene bør det gjøres en omfattende geriatrisk vurdering hvor hensynet til hvilke spesielle behov pasienten har utfra sykdomsutvikling og fungering blir kartlagt. Dette vil kunne gi den enkelte pasient et personlig tilrettelagt tilbud.

Overvåking/observasjon. Dersom en kreftsykdom er til stede, men ikke er gjenstand for aktiv behandling, er det viktig at vedkommende blir nøye observert med tanke på hvilke type kreftform pasienten har. For å hindre unødvendige komplikasjoner bør enhver endring i naturlige funksjoner bli dokumentert, rapportert og fulgt opp med relevante sykepleiefaglige tiltak. Eldre slutter ikke å få nye sykdommer selv om de er i sykehjem. Det er derfor viktig at tegn på redusert allmentilstand kan skyldes utviklingen av en latent kreftlidelse, mange diagnoser blir først avdekket i pasientens siste leueker (14). Det er ofte ikke alltid aktuelt å gjennomføre større kirurgiske inngrep, men det kan være viktig for å unngå unødvendige komplikasjoner og plager.

Ernæringsstatus. Flere kreftpasienter enn ikke-kreftpasienter har en lav KMI ved innkomsten i sykehjem. Det er derfor en utfordring å opprettholde vekten, slik at den ikke synker ytterligere. Sykepleier kan be om råd fra ernæringsfysiolog, men ellers legge vekt på hva pasienten selv ønsker å spise og drikke. Måltidene bør foregå i så trivelige omgivelser som mulig. Det å vurdere parenteral ernæring er et vanskelig etisk spørsmål (34). Det kan være aktuelt i de tilfellene en har medisinske grunner til å anta at parenteral ernæring vil gi økt livskvalitet og livslengde (17).

Psykososiale forhold

Den pasientgruppen som har vært tema i denne artikkelen bærer på to stigma. De er gamle – og de har kreft. Det å ha en kreftdiagnose som gammel er en klar indikasjon for kort forventet levetid, sammenliknet med andre eldre (24). Det er viktig å ivareta forhold som øker livskvaliteten (33). Det er nødvendig å fremelske livsbejaende aktiviteter, samtidig som det gis rom for ettertanke. Minnefortellinger kan være et godt hjel-

pemiddel. Undring omkring døden skal ikke forties, men kanaliseres i de spor som er tilpasset pasientens «føtter». En sykepleier må inneha den trygghet som skal til for å være en god medvandrer.

Kompetanse

For å kunne gi skreddersydd omsorg til den enkelte pasient, er individuelle pleieplaner avgjørende. Andel fagutdannede sykepleiere i sykehjem utgjør 24 % av den totale bemanningen på hverdager og 15 % i helgene (35). Sykepleiere har derfor en stor pedagogisk oppgave i forhold til kunnskapsformidling. Pleiepersonalet må være kjent med sentrale grunnleggende behov for å vite hva som skal rapporteres videre uansett språk. Alle ansatte må vite hvor de kan få faglig støtte uansett tid på døgnet, hverdag som helg.

Begrensninger og styrke ved studien

I søk av forskningsartikler har vi fokusert på sykepleiefaglige forskningstidsskrift. Vi har stort sett ekskludert tidsskrift som omhandler palliasjon, selv om flere artikler kunne vært aktuelle undersøkelser for vårt tema. Vi har i denne artikkelen hatt den samme tilnærmingen som vi ser i flere andre studier – kreftpasienter blir behandlet som en ensartet gruppe. Faren vil alltid være at en presenterer data fra gjennomsnittskreftpasienten. En kreftpasients behov kan variere like mye som enhver annen sykehjemsbeboers behov. Det hadde vært hensiktsmessig og gått bredere ut og hatt en lik andel sykehjemsbeboere med kreft som ikke kreft. Samtidig gjenspeiler vår andel den virkeligheten som er på mange sykehjem. Det er relativt få pasienter som har en kreftdiagnose som hovedårsaken til innleggelse som lever mer enn seks måneder på sykehjem. Dette kan endre seg. Det er en styrke at denne artikkelen presenterer to «identiske» datasett fra en tverrsnittsundersøkelse før og etter at samhandlingsreformen ble innført. Foreløpig har ikke andel kreftpasienter i «våre» sykehjem økt etter samhandlingsreformen, men mye tyder på at dette vil skje (4).

Juridiske og etiske aspekt

Grensen mellom kvalitetssikring og forskning relatert til pasienter kan være uklar (36). Sykehjemspasientene er sårbare og det settes spesielle krav til forskning på denne gruppen. Vurdering av pasientens evne til å gi informert samtykke er viktig (37). Vi erfarte som «forskere» hvor avhengige vi var av de ansatte på sykehjemmet for å innhente samtykke. Der det var et opparbeidet tillitsforhold mellom pasientens pårørende og ansatte ble informert samtykke



uproblematiske. Det må utvises ytterst varsomhet for å ivareta den enkeltes anonymitet.

Konklusjon

Kreftpasienter i sykehjem skiller seg ikke dramatisk fra andre sykehjemsbeboere. Kreftpasientene er noe yngre og har kortere botid enn ikke kreftpasienter. På grunn av lav kroppsmasseindeks er kreftpasienter usatt for trykksår. Disse konklusjonene kan ikke trekkes på grunnlag av vårt begrensede empiriske materiale, men med støtte i andre undersøkelser. Vi trenger mer forskning i norske sykehjem. Det er viktig å kjenne til pasientenes grunnsykdom for å forebygge komplikasjoner og unødvendige lidelser. Det er den eldre individuelle behov som er avgjørende for kvaliteten på hjelpen som skal gis, ikke standardiserte retningslinjer. ■

Referanser:

- Kreftregisteret. Cancer in Norway. Cancer incidence, mortality, survival and prevalence in Norway. Cancer Registry of Norway, 2012.
- St.meld. nr. 47 (2008-2009). Samhandlingsreformen. Helse og omsorgsdepartementet, 2009.
- Husebø S. Verdens beste eldreomsorg? Omsorg: Nordisk Tidsskrift for Palliativ Medisin. 2008;25(1):9-21.
- Helsedirektoratet. Forslag til nasjonal strategi på kreftområdet 2013-2017 In: Avdeling for sykehustjenester, 2013.
- Statistisk sentralbyrå. 2012. www.ssb.no
- Agenda Kaupang. En naturlig avslutning på livet – Mer helhetlig pasientforløp i samhandlingsreformen. Palliativ omsorg, trygghet og valgfrihet. Oslo: på oppdrag fra KS; 2012 (ansvarlige Forstrøm F, Sørbye LW, Lyngroth S).
- Rodin MB. Cancer patients admitted to nursing homes: what do we know? J Am Med Dir Assoc. 2008;9(3):149-56.
- Grue EV. The minimum data set resident assessment instrument (MDS RAI) – interRAI et dokumentasjons- og vurderingssystem. Geriatrisk Sykepleie [https://www.sykepleierforbundet.no/ikbViewer/Content/759679/Geriatrisk%20Sykepleie%201_2011pdf.3\(1\):9-12](https://www.sykepleierforbundet.no/ikbViewer/Content/759679/Geriatrisk%20Sykepleie%201_2011pdf.3(1):9-12).
- Hirdes JP, Ljunggren G, Morris JN, Frijters DH, Finne Soveri H, Gray L, et al. mfl Reliability of the interRAI suite of assessment instruments: a 12-country study of an integrated health information system. BMC Health Serv Res. 2008;8:277.
- Smedshaug G. Ernæring til eldre med bakgrunn i de nye nasjonale retningslinjene for forebygging og behandling av underernæring. Geriatrisk sykepleie. Tidsskrift for sykepleiere i geriatri og demens. 2009;1(3):6-9. https://www.sykepleierforbundet.no/ikbViewer/Content/759618/Geriatrisk%20Sykepleie%203_2009.pdf
- Brusgaards D. Hva skal fremlegges for regional etisk komité? Brev til redaktøren. Tidsskr Nor Legeforen 2012;132 (21):2359-60. <http://tidsskriftet.no/article/2926376>
- Alonso-Babarro A, Astray-Mochales J, Dominguez-Berjon F, Genova-Maleras R, Bruera E, Diaz-Mayordomo A, et al. The association between in-patient death, utilization of hospital resources and availability of palliative home care for cancer patients. Palliat Med. 2013;27(1):68-75.
- Madden P, Coupland V, Møller H, Davies E. Using maps and funnel plots to explore variation in place of death from cancer within London, 2002-2007. Palliat Med. 2011; 25(4):2323-332.
- Clement JP, Bradley CJ, Lin C. Organizational characteristics and cancer care for nursing home residents. Health Serv Res. 2009;44(6):1983-2003.
- Hamaker ME, Hamelinck VC, van Munster BC, Bastiaannet E, Smorenburg CH, Achterberg WP, et al. Nonreferral of nursing home patients with suspected breast cancer. J Am Med Dir Assoc. 2012;13(5):464-9.
- Sigurðsson HK, Soreide JA, Dahl O, Skarstein A, Von Hofacker S, Korner H. Utilisation of specialist care in patients with incurable rectal cancer: a population-based study from Western Norway. Acta Oncol. 2009;48(3):377-84.
- Morello M, Marcon ML, Laviano A, Giometto M, Baruffi C, Zulian E, et al. Enteral nutrition in nursing home residents: a 5-year (2001-2005) epidemiological analysis. Nutr Clin Pract. 2009;24(5):635-41.
- Carpenter JG, Berry PH. (2012). Refractory Cancer Pain in a Nursing Home Resident. Journal of Hospice & Palliative Nursing;14(8):516-21.
- Duncan JG, Forbes-Thompson S, Bott MJ. Unmet symptom management needs of nursing home residents with cancer. Cancer Nurs. 2008;31(4):265-73.
- Duncan JG, Bott MJ, Thompson SA, Gajewski BJ. Symptom occurrence and associated clinical factors in nursing home residents with cancer. Research in Nursing & Health. 2009;32(4):453-64.
- Fosnes GS, Lydersen S, Farup PG. Effectiveness of laxatives in elderly-a cross sectional study in nursing homes. BMC Geriatr. 2011;11:76.
- Drageset J, Eide GE, Ranhoff AH. Anxiety and Depression and Mortality Among Cognitively Intact Nursing Home Residents With and Without a Cancer Diagnosis: A 5-Year Follow-up Study. Cancer Nurs. 2012 Jul-Aug;36(4):E68-74.
- Drageset J, Eide GE, Kirkevold M, Ranhoff AH. Emotional loneliness is associated with mortality among mentally intact nursing home residents with and without cancer: a five-year follow-up study. J Clin Nurs. 2013;22 (1-2):106-14.
- Barca ML, Engedal K, Laks J, Selbaek G. A 12 months follow-up study of depression among nursing-home patients in Norway. J Affect Disord. 2010;120 (1-3):141-8.
- Hanlon JT, Perera S, Sevick MA, Rodriguez KL, Jaffe EJ. Pain and its treatment in older nursing home hospice/palliative care residents. J Am Med Dir Assoc. 2010;11(8):579-83.
- Onder G, Carpenter I, Finne-Soveri H, Gindin J, Frijters D, Henrard JC, et al. Assessment of nursing home residents in Europe: the Services and Health for Elderly in Long TERM care (SHELTER) study. BMC Health Serv Res. 2012;12:5.
- Jordhøy MS, Saltvedt I, Fayers P, Loge JH, Ahlner-Elmqvist M, Kåsa S. Which cancer patients die in nursing homes? Quality of life, medical and sociodemographic characteristics. Palliat Med. 2003;17(5):433-44.
- Sosial- og helsedirektoratet. SAMHANDLING Palliative enheter på sykehjem med fokus på kreftpasienter. 4/2007.
- Alfsen GC, Lyckander LG. Does quality control of death certificates in hospitals have an impact on cause of death statistics? Tidsskr Nor Laegeforen. 2013;133(7):750-5.
- Aase S. Obduksjon – fremdeles gullstandard? Tidsskr Nor Legeforen. <http://tidsskriftet.no/pdf/pdf2013/730.pdf> (7):133.
- Steindal SA, Bredal IS, Sørbye LW, Lerdal A. Pain control at the end of life: a comparative study of hospitalized cancer and noncancer patients. Scand J Caring Sci. 2011;25(4):771-9.
- Hughes N, Closs SJ, Clark D. Experiencing cancer in old age: a qualitative systematic review. Qual Health Res. 2009;19(8):1139-53.
- Drageset J, Eide GE, Ranhoff AH. Cancer in nursing homes: characteristics and health-related quality of life among cognitively intact residents with and without cancer. Cancer Nurs. 2012;35(4):295-301.
- Sørbye LW. Cancer in home care: unintended weight loss and ethical challenges. A cross-sectional study of older people at 11 sites in Europe. Arch Gerontol Geriatr. 2011 Jul-Aug;53(1):64-9.
- ECON. Bemanning i kommunal pleie og omsorg. ECON på oppdrag fra Norsk sykepleierforbund; 2009.
- Utne PH, Thelle DS. Kvalitetssikring eller forskning? Tidsskr Nor Legeforen 2009; Nov 19; 129 (22): 2385.129 (22):2385.
- Bolling G, Rosland JH, Gjengedal E. Etske og juridiske dimensjoner av forskning på sykehjem. Omsorg – Nordisk tidsskrift for palliativ medisin. 2013; 30(1):51-5.