

# Eldre med kreft som bor hjemme



## Innledning

Å være hjemme og leve med alvorlig kreft er utfordrende for pasientene og deres pårørende. Tall fra Norge og andre europeiske land viser at andelen eldre øker og andelen som dør av kreft øker (1). Flere krefttilfeller utløser større behov for behandling og pleie.

Kunnskap og kompetanse i kreftomsorg er avgjørende for hvordan eldre med kreft ivaretas. Ifølge Samhandlingsreformen (2) skal pasienten bo lengst mulig hjemme. Et godt tilbud om kreftsykepleie i kommunene kan bedre livssituasjonen og gi et helhetlig tilbud til den enkelte. Noe som igjen kan forhindre innleggelse som kan oppleves som slitsomme. Eldre som lider av kreft kan i tillegg ha komplekse lidelser som demens. Dette kan påvirke evnen til å mestre en situasjon der for eksempel smertepumpe og intravenøs ernæring egentlig skal være til hjelp i behandlingen. Forskning viser

at symptombehandling og omsorg påvirker livskvaliteten i positiv retning, og tidlig oppdagelse og intervensjon av fysiske og psykiske symptomer, spesielt fatigue, smerte, angst og depresjon fører til at pasientene får større kontroll over egen lidelse og behandling (3). I Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen er krav til kvalitet og organisering av det kliniske tilbudet omtalt. Det palliative pasientforløpet kjennetegnes av komplekse sykdomsbilder, hyppige og raske endringer av symptomer, sviktende organfunksjoner, polyfarmasi, akutte tilstander og komplikasjoner, tap av fysisk funksjon og økende pleie- og hjelpebehov (4).

Rapporten «En naturlig avslutning på livet» fokuserer på mer helhetlige pasientforløp i samhandlingsreformen, palliativ omsorg, trygghet og valgrihet (5). Undersøkelsen omhandler pasienter

**Bakgrunn:** Utviklingen i Norge og andre europeiske land viser at andelen eldre øker og andelen som dør av kreft øker. Flere krefttilfeller utløser større behov for behandling og pleie. Kunnskap og kompetanse i kreftomsorg er avgjørende for hvordan eldre med kreft ivaretas. Artikkelens hensikt er å presentere utfordringer og praktiske problemstillinger når det gjelder ivaretagelsen av eldre med kreft som bor hjemme.

**Metode:** Grounded theory var brukt for å samle og analysere data fra feltarbeid og intervju med 11 sykepleiere og 3 kreftsykepleiere i hjemmesykepleien i to mindre kommuner.

**Resultat:** «Å skreddersy behandling og pleie til eldre med kreft» betegner prosessen sykepleierne står i når de ivaretar eldre med kreft som bor hjemme. Dette innebar samordning i tjenesten, kliniske tiltak i praksis, kroppslig og psykososial omsorg, tilrettelegging i hjemmet, ivaretagelse og opplæring av pårørende.

**Konklusjon:** Det er av stor betydning å få til godt samarbeid med annet helsepersonell for å få til en samordning i tjenesten og å styrke arbeidet med å heve kompetansen blant ansatte. Videre forskning er nødvendig for å få kunnskap om hvordan eldre pasienter med kreft opplever sin situasjon og pårørendes erfaringer.

**Nøkkelord:** eldre, kreft, sykepleie, hjemmesykepleie

**Background:** The development in Norway and other european countries show that the amount of elderly with cancer is increasing, and the amount of elderly dying of cancer is increasing. More cancer cases release more needs for treatment and care. Knowledge and competence in the cancer care is crucial for how the elderly with cancer are treated. The aim of the article is to present challenges and practical problems when it comes to taking care of elderly with cancer living at home.

**Method:** Grounded theory was used to gather and analyze data from the fieldwork and interviews with 11 nurses and 3 cancer nurses in the home care service in two smaller municipalities.

**Result:** «To tailor treatment and care to elderly with cancer» indicates the process the nurses are standing in when they are taking care of elderly with cancer living at home. This involved cooperation in the service, clinical measures in practice, somatic and psycho-social care, arranging in the home, caring for and teaching of the next of kin.

**Conclusion:** It is of great meaning to manage a good cooperation with other health personell in order to achieve cooperation within the service, and to strengthen the work by increasing the competence among the employees. Further research is necessary to get knowledge on how older patients with cancer experience their situation, and the next of kin's experiences.

**Keywords:** elderly, cancer, nursing, home care nursing.

Av Torill Sæterstrand, førstelektor, Profesjonshøgskolen, Universitetet i Nordland



Av Jorunn Drageset, Høgskolen i Bergen, Senter for omsorgsforskning Vest og Universitetet i Bergen



**FLERE LIDELSER:** Eldre som har kreft, kan i tillegg ha demens eller andre komplekse lidelser. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

med behov for lindrende behandling der resultatene fra seks ulike kommuner viser at hvor høy prosentandel som bor hjemme til de dør, avhenger av tilbudet i den enkelte kommune når det gjelder hospice, samarbeid med fastleger, kommunens styring av tiltakskjeden, og om kommunene har en spesialisert eller generalisert tilnærming til pasientgruppen. Resultatene fra undersøkelsene hvor utvalget var pasienter som i utgangspunktet ønsket å være hjemme, viser at 63 % døde hjemme, 22 % ble overflyttet til sykehjem og 15 % til et akutt sykehus. Pasientene bodde gjennomsnittlig seks dager på sykehus, tre dager på sykehjem, tre dager på hospice og 54 dager hjemme, av det totale gjennomsnittsløpet på 63 dager. Siden forløpene varierer og ikke er standardiserte er det ønskelig med samhandling rundt pasient og pårørende fra tjenestene i kommunene og i spesialisthelsetjenesten. Vurderingen i rapporten er at antallet pasienter som dør i eget hjem i dag er relativt lavt. Økning i andelen hjemmedød er en klar intensjon i samhandlingsreformen (2).

Kreft i form av ondartet svulst topper statistikkene over årsak til dødsfall i perioden 2006–2010 ifølge SSB; tallet er 10647. Dødsfall etter dødsårsak og dødssted viser at 11,7 % med ondartet svulst døde hjemme. Bordonaro m. flere (6) har studert aktiv hjemmebasert kreftbehandling der de gjorde en undersøkelse av 30 hjemmeboende pasienter

## «Kompetanseøkningen blant ansatte må styrkes.»

som fikk hjemmesykepleie og behandling oralt med cytostatika. Funnene viser at pasientene var fornøyd med kvaliteten på tjenestene. De kunne være hjemme, få behandling der og tunge reiser til sykehus ble minimert, dette førte til mindre tap av arbeidsinntekter for pårørende og kostet samfunnet mindre. Det ble gjort 321 hjemmebesøk i løpet av et år innenfor aktivt hjemmesykepleieprogram, og alle

pasientene var fornøyd og fullførte behandlingen med oral kjemoterapi. Pasienter med toksitet av grad tre eller fire mottok enten en adekvat smertestilende dose eller hadde opphold fra behandling, men ingen stoppet behandlingen. Kun seks innleggelser til sykehusets kreftavdeling ble foretatt ut fra hensynet til øyeblikkelig hjelp, 98 % av tentative innleggelser ble unngått siden pasientene fikk behandling hjemme.

Resultatene er interessante fordi de viser at majoriteten av pasientene var over 70 år, hadde funksjonshemninger av ulik grad og var avhengige av omsorgsgivere. Rytter med flere (7) viser i sin forskning til at oppfølging av pasienter kort til etter utskrivelsen har vist seg å være effektivt. Hjelmar med flere (8) påpeker at oppfølgingen av eldre personer etter utskrivelse øker motivasjonen i forhold til at pasienten ønsker å bo hjemme på tross av sykdom. Krishnasamy med flere (9) viser til at pasienten har egne forventninger om at det skal skje en oppfølging etter behandling. Galway med flere (10) sammendrag av tidligere forskning f.o.m. 1981 t.o.m. 2008 der 30 studier med til sammen 1249 pasienter ble inkludert, konkluderer med at det ikke er nok evidens til å støtte innføring av individuelle psykososiale tiltak for å bedre livskvaliteten til kreftpasienter. Likevel konkluderer de forsiktig med at disse tiltakene antakelig er positive for kreftpasienters livskvalitet. Det finnes lite forskning om hvordan praksis fungerer og hvilke tiltak som gjøres i kommunehelsetjenesten til eldre som bor hjemme. Av den grunn er derfor behov for mer forskning på området.

Denne aktuelle artikkelen har til hensikt å presentere utfordringer og praktiske problemstillinger når det gjelder ivaretagelsen av eldre med kreft som bor hjemme.

### Metode

Problemstillingens fokus er praktisk handling mellom mennesker, derfor valgte jeg den kvalitative metoden Grounded theory som kjennetegnes av at forskeren avgjør hvilke symbolske meninger som ligger bak symbolsk atferd og språk (11). Fra dette utgangspunktet forsøker forskeren å konstruere det deltakerne ser på som sin sosiale virkelighet. Glaser og Strauss (12) kaller den analytiske prosessen for «the constant comparative method of analysis» som kjennetegnes av 4 stadier; 1) comparing incidents applicable to each category, 2) integrating categories and their properties, 3) delimiting the theory, and 4)

writing the theory. Metoden betyr at man utfører to analytiske prosedyrer; det første er å gjøre sammenlikninger, det andre er å stille spørsmål og disse to prosedyrene gir begrepene i grounded theory presisjon og spesifitet.

### Deltakere

Det var 20 sykepleiere som var potensielle deltakere til intervju, men tre var sykmeldt, en møtte ikke opp grunnet korttidsfravær og to meldte fra at de ikke ønsket å stille til intervju. Det ble gjort et utvalg på to grupper i hjemmesykepleien i hver kommune. I begge kommunene var hjemmesykepleien delt inn i 5 grupper. Hver gruppe hadde ca. 100 pasienter. Begge kommunene har et sentrum på ca. 4–5000 innbyggere, i tillegg til mindre bygger med lang avstand fra sentrum, opp til 6 mil tur retur. Det var ca. 20 årsverk i hver gruppe, derav 2–3 sykepleiere. Hver gruppe hadde et kontor der de møttes for rapportering og møtevirksomhet. I den ene kommunen der det var to kreftsykepleiere var alle gruppene stasjonert i en felles bygning der de hadde muligheter for å møtes og samarbeide mer om felles pasienter. I den andre kommunen var de fem gruppene lokalisert hver for seg i ulike bygninger, to på tettstedet og tre i bygdene, noe som hemmet samarbeidet. Feltarbeidet pågikk i to måneder i 2012 i den ene kommunen og to måneder i 2013 i den andre. Det var ca. 500 pasienter tilknyttet hjemmesykepleien i hver kommune mens innsamlingen av data foregikk. I kommunen der det var ansatt to kreftsykepleiere ble det ytt kreftsykepleie til 55 pasienter i løpet av et år, i den andre kommunen der det var ansatt en kreftsykepleier var antallet 50. 80 % av pasientene var eldre.

### Inklusjonskriterier og eksklusjonskriterier:

Sykepleiere ansatt i hjemmesykepleien i to likeverdige kommuner.

### Intervju:

Inklusjonskriterier: sykepleiere og sykepleiere med videreutdanning i kreftsykepleie.

Eksklusjonskriterier: ansatte uten bachelor i sykepleie.

### Datainnsamling

Datainnsamlingen startet under feltarbeidet i hjemmesykepleien der jeg var til stede under rapporter og møter ca. 2 dager pr. uke med til sammen 290 timer feltarbeid. Feltarbeid innebærer å tilbringe



tid i gruppene, gjøre observasjoner og stille oppklarende spørsmål underveis for å få kunnskaper om aktiviteten i praksis. Feltobservasjoner og uformelle samtaler ble skrevet ned i en notisbok og overført til data. På bakgrunn av funn under feltarbeidet ble det gjort utdypende intervju med sykepleiere og kreftsykepleiere. Dette kalles selektiv sampling (13).

Tema fra feltarbeid og memos (tanker og ideer) dannet grunnlag for intervjuguiden. Det ble brukt åpne spørsmål hvor informantene ble utfordret til å beskrive erfaringer med pasientens smerter, behandling, ernæringsbehov og behovet for nære samtaler. De ble spurt om hvordan de konkret handlet i praksis. Intervjuer var lyttende og stilte reflekterende spørsmål for utdyping av sentrale tema. Samtalene varte fra 45 minutter til vel en time og ble gjennomført på kontoret til de ansatte. En ble intervjuet i eget hjem. Intervjuene ble tatt opp på bånd. Transkribering av 14 intervju utgjorde 160 sider.

### Analyse

Analysen besto av åpen og selektivkoding, skriving av memos, teoretisk sortering og skriving av teori (13). Analyseprosessen startet allerede under feltarbeidet, fortsatte i samtalene med oppklarende spørsmål og oppsummeringer. Etter at alle intervjuene var gjort ble de analysert og sammenliknet. Å kode data og å sammenlikne kodene med data betyr at man identifiserer kategorier og underkategorier. Datamaterialet kategoriseres og sorteres. Selektiv koding og samplingen er den andre og mer selektive begrepsmessige fasen av kodeprosessen, ifølge Glaser (13) og Charmaz (14). Ved å ta en begrenset del av kodene som ble utviklet i første fase av analyseprosessen, og overføre dem på størsteparten av datamaterialet blir dette en prosess som er selektiv fordi forskeren allerede har gjennomgått materialet sitt for å utvikle kategorier eller begrep. Hensikten med selektiv koding er å bygge opp og utvikle en kategori ved å gå gjennom alle data og kode på nytt. Den teoretiske sorteringen og kodingen som er neste fase betyr at kodene sorteres i passende kategorier ut fra innholdet. Flere temaområder var ulike, men også overlappende. Temaene var samordning i tjenesten, kliniske tiltak i praksis, kroppslig og psykososial omsorg, tilrettelegging i hjemmet, ivaretagelse og opplæring av pårørende.

Kategoriene ble notert på et ark, det ble tegnet skisser og ble skrevet ideer og tanker i forhold til alle kategoriene. Prosessen innebærer at en løfter seg opp over datamaterialet ifølge Brinchmann (15),

forskeren fjerner seg fra teksten og erfaringene fra feltet. Ved å stille spørsmålene; hvem er aktører, hvilke strategier benyttes og hvilke konsekvenser får de i praksis, hva består dette av? Å sammenlikne alle kodene med hverandre på tvers av temaområdene, kalles for den kvalitative komparative metode, og er nærmere beskrevet av Glaser og Strauss (12).

Det handlet om å skreddersy omsorg til en enkelte pasient ut fra dennes behov for sykepleie i hjemmet. Å skreddersy omsorg er på en måte navet i hjulet som de andre kategoriene dreier seg rundt. Gjennomgangsfenomenet ivaretagelse var ledende for flere av temaområdene. Dette utgjør datamaterialets hovedkategori. Glaser og Strauss (12) kaller det for kjernevariabelen; eller «hjertet i materialet.» Denne kan sammenfattes til en setning om den sosiale og strukturelle prosessen som foregår i praksis. Kjernevariabelen er å skreddersy omsorg til en enkelte pasient ut fra dennes behov for sykepleie i hjemmet. Funnene er organisert innenfor organisasjonsnivå og individnivå. Studiens hovedkategori og kjernevariabel er hovedpunktene i det teoretiske rammeverket om det som betegner sykepleiepraksis overfor eldre med kreft som bor hjemme.

### Etiske implikasjoner

Det er søkt REK /Regional etisk komité (saksnr.2011/2457) og NSD/ Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (prosjektnr. 28643) om tillatelse til å gjennomføre prosjektet. Datamaterialet anonymiseres i henhold til Helsinki-deklarasjonens reglement. Tillatelse til å gjennomføre studien ble innhentet fra kommunenes omsorgsledere. Alle sykepleiere som deltok i studien var informert om prosjektet på forhånd og de fikk utdelt og skrev under på en samtykkeerklæring. Det ble gitt tillatelse av REK til å lese hjemmesykepleiens pasientjournaler og vedtak.

### Funn

#### Informantene

Informantene var sykepleiere med erfaring fra kreftomsorg i hjemmesykepleien. Tre var utdannede kreftsykepleiere, mens 11 var utdannede sykepleiere med lang erfaring, totalt 14 informanter. De ble rekruttert av ledere i hjemmesykepleien. Sykepleierne var i alderen 35-65 år og hadde minimum tre års erfaring fra hjemmesykepleien. Kreftsykepleierne hadde arbeidet med pasienter i palliativ fase over 20 år.

Nøkkelkategorien er «Å skreddersy behandling

og pleie til eldre med kreft» beskriver prosessen som foregår i hjemmesykepleien når pasienter i eget hjem ivaretas. Prosessen sykepleierne står i når de ivaretar eldre med kreft som bor hjemme innebærer samordning i tjenesten, kliniske tiltak i praksis, kroppslig og psykososial omsorg, tilrettelegging i hjemmet, ivaretagelse og opplæring av pårørende.

#### *Samordning i tjenesten*

Kreftsykepleierne arbeidet selvstendig, de gjorde sine egne vurderinger, de dro alltid to sammen til det første møtet der kartleggingen foregikk. De snakket med pasienten om fremtiden og hva som kunne skje i de ulike fasene av lidelsen, hva de måtte forberede seg på og hvilke valg pasienten sto overfor. Dette var nyttig for å trygge pasienten og de pårørende. Siden tjenesten var liten og sårbar og de utførte klinisk sykepleie til mange svært syke pasienter, jobbet de tett opp mot spesialisthelsetjenesten når det gjaldt samhandling, behandling og planlegging. Denne samordningen tok de med seg inn i sykepleiemøtene som var satt opp en gang pr. uke med de ansatte sykepleierne i hjemmesykepleien og orienterte de om behandlingen videre av pasienten, hva som var planlagt av behandling og hva sykepleierne kunne forvente å møte i den praktiske hverdagen hjemme hos pasienten. I den andre kommunen ble disse koordineringsmøtene foretatt ved behov. Kunnskapen og kompetansen som kreftsykepleierne hadde opparbeidet seg kom

de andre sykepleierne til gode. Når nye kompliserte prosedyrer skulle ivaretas av alle hadde de undervisning om dette og veiledet sykepleierne slik at de skulle føle seg trygge når de skulle håndtere dette hjemme hos pasienten. Siden de ytet sykepleie til kompliserte case som krevde tid, samarbeidet kreftsykepleierne tett med hjemmesykepleien og deltok på sykepleiemøtene for å utveksle erfaringer, gi informasjon om endringer i behandlingen og for å veilede sykepleierne.

#### *Kliniske tiltak i praksis*

Hjemmesykepleien samarbeidet med hver enkelt pasients fastlege når de observerte at dette var nødvendig, selv om de syntes det var tungvint å henvende seg til så mange ulike leger når tiden var knapp. De hadde ikke direkte «acsess» til legekantoret, men måtte avtale time som en vanlig pasient. Det hadde imidlertid kreftsykepleierne. De samarbeidet tett med kommunelegene og legene ved de private legekantorene i kommunen, i tillegg til at de når som helst kunne henvende seg til sykehusene hvor pasientene hadde vært behandlet før utskrivelsen og få gode råd om hva de kunne foreta seg av behandling. Behandlingen som lå til grunn for tiltakene ble avtalt over telefon for å skåne pasienten for lange reiser til sykehuset. I noen tilfelle var det likevel nødvendig med sykehusinnleggelse over en kortere eller lengre periode. Opp og nedjustering av cytostatika, næringsbehandling, samt smertebehandling var tiltak som ble iverksatt i praksis hos den enkelte



**HJELPEMIDLER:** Trygghetsalarm og andre hjelpemidler bidrar til at eldre kreftsyke kan bo hjemme. Illustrasjonsfoto: Colourbox.





pasient. Veneport måtte observeres grundig, og som en følge av nyere behandlingsmetoder ble det nødvendig med opplæring av ansatte. Dette ble gitt ad-hoc av kreftsykepleierne ut fra behov som oppsto rundt den enkelte pasient. Hensikten med opplæringen var å øke kunnskapen og tryggheten hos sykepleierne slik at de kunne opptre med trygghet i forhold til mestring av ulike prosedyrer hjemme hos pasienten.

#### *Kroppslig og psykososial omsorg*

Omsorgen for pasientene ble ivare tatt både av pårørende og av ansatte i hjemmesykepleien i tillegg til kreftsykepleierne. Kreftsykepleierne hadde gjennom sin kartlegging i starten funnet frem til hva som kunne lindre pasientens plager, både fysisk og psykososialt. Å være til stede og lytte til pasienten, være nær og ta innover seg hva pasienten og hans pårørende opplevde var i fokus. Den første samtalen var viktig for resten av forløpet fordi de oppga telefonnummer pasient og pårørende kunne ringe til når tid som helst. I rolige faser av lidelsen hadde de alltid en samtale pr. uke der de ringte opp pasienten og forhørte seg om hvordan tilstanden og behovene var. I mer akutte faser dro de på hjemmebesøk opptil flere ganger pr. dag. De var opptatt av den gode dagen, det å ta seg tid, å kunne forstå og yte hjelp basert på pasientens forventninger. Når pasientene var deprimerede og hadde behov for samtale av psykisk art, tok de seg tid til dette. De var opptatt av at pasientene skulle få hjelp til å bli det de kalte «ferdigbekymret». Med det mente de at å være til stede og lytte til pasientens engstelse kunne medføre at de fikk lettet på trykket og slippe ut noe av engstelsen for hvordan det skulle gå. I hovedsak var det kreftsykepleierne som ivare tok pasientenes behov, de observerte endringer i pasientens tilstand og gjorde hva de kunne for å lindre plager som slapphet og kvalme, åndenød og engstelse. Ensomhet hos pasienter som bodde alene var i fokus, og det var en balansegang mellom å la pasienten bo alene eller tilby ham en plass på sykehjem der han kunne få døgnkontinuerlig omsorg og pleie. De forsøkte å balansere mellom å tilby hjelp så langt det lot seg gjøre slik at pasienten kunne få palliasjon hjemme så lenge han levde, og å leve de siste 2–3 dager i sykehjem. Skulle pasienten få sykepleie i hjemmet de siste dagene måtte pårørende være til stede.

#### *Tilrettelegging i hjemmet*

For at pasienten skulle klare seg best mulig i eget hjem ble det samarbeidet med vaktmestertjenesten og hjel-

pe middelsentralen for å få installert hjelpemidler basert på behov. Avhengig av lidelsens art og komplikasjoner hadde pasientene behov for å få tilført ulike hjelpemidler til eget hjem, som for eksempel sykeseng, hvilestol, rullestol, gåstol, intravenøsstativ, dråpetellere, stativ for urinposer, oksygenapparat og trykkgghetsalarm. Sykepleierne trakk frem hvor avhengige de var av samarbeidet med vaktmestertjenesten som i enkelte tilfelle hadde laget spesialoppheng til intravenøs på pasientens toalett der han kunne henge opp intravenøst utstyr mens han selv benyttet toalettet. Ulike hjelpemidler tilpasset individuelle behov og pasientens ulike faser var viktig for at pasient og pårørende kunne oppleve mestring.

#### **Ivaretagelse og opplæring av pårørende**

Pårørende ble tatt med i den første samtalen slik at de var orientert om pasientens situasjon og framtidssikter. Spesielt fokus var det på hvilke forventninger de hadde sammen for tiden framover. Kreftsykepleierne tok seg god tid spesielt til denne første samtalen fordi denne avklarte mye. Hensynet til de pårørende som pasientens nærmeste nettverk var i fokus. På grunn av at hjemmesykepleien i de to kommunene var dårlig bemannet måtte de lære opp pårørende i forhold til å passe på dråpetellere, spesielt når pasienten fikk intravenøs ernæring. De ansatte kreftsykepleierne og hjemmesykepleien klarte å veve et sikkerhetsnett som skulle kvalitets sikre denne løsningen. De informerte pårørende om muligheten for å få fri inntil 60 dager pr. år via NAV for ivaretagelse av et sykt familiemedlem, noe flere var blitt oppmerksomme på etter hvert og benyttet seg av. Pårørende som strevde med sin sorg over hvor det bar med deres kjære i lidelsen fikk trøst i det daglige av sykepleierne som var svært vare overfor deres behov.

#### **Diskusjon**

«Å skreddersy behandling og pleie til eldre med kreft» betegner prosessen sykepleierne står i når de ivaretar eldre med kreft som bor hjemme. Dette innebar samordning i tjenesten, kliniske tiltak i praksis, kroppslig og psykososial omsorg, tilrettelegging i hjemmet, ivaretagelse og opplæring av pårørende.

#### **Samordning i tjenesten**

Andre studier viser at samordning i praksis fører til bedre pasientforløp, ifølge Hjelmar (8) og Rubak (16). Samhandlingsreformen (2) legger klare føringer på samarbeid på tvers av sektorer med den hen-

sikt at pasienten skal ivaretas i ulike nivå og på best mulig måte, og spesielt viktig er dette for pasientene som lider av kroniske lidelser som kreft. Sykepleierne ivareta pasienter beskrives nærmere av Oresland med flere (17). De fokuserer på hvilke metaforer som kan beskrive de normer og verdier som anvendes av sykepleiere innen virksomheten hjemmesykepleie. Metaforen «en endeløs reise» blir brukt for å beskrive virksomheten. Det beskrives slik: pasientene reiser mot en usikker destinasjon, mens sykepleierne står for planlegging, kommunikasjon og kontroll av denne reisen. Utsagn fra sykepleiere som lå til grunn for analysen av Oreslands metaforer var for eksempel; «pasienten har mange lidelser i sin bagasje», «det går nedover med henne nå» og «nå går hun utfor bakke». Sykepleierne tok hensyn til pasientenes uttrykk og endringer helsestilstanden når de planla eller endret «reisen til ukjent destinasjon.» De brukte sin kompetanse når de vurderte hva pasientene trengte der og da og underveis i sin lidelse. Sykepleierne i denne studien viste stor grad av samarbeidsevne, de var motiverte for å kunne bruke sin fagkompetanse, spesielt kreftsykepleierne hadde lang erfaring (opptil 20 år) med ivaretaelse av kreftomsorg utenfor sykehus – deres kompetanse bidro til at hjemmesykepleien mestret å følge opp pasientene.

*Kliniske tiltak i praksis, kroppslig og psykososial omsorg*  
 Sykepleierne var opptatt av at pasientene skulle slippe følelsesmessig ensomhet. De sørget for å foreta hjemmebesøk oftere til de som bodde alene hjemme, og opprettet telefonkontakt med dem slik at de alltid skulle nå noen. I en studie av Drageset med flere (18) framkommer det at følelsesmessig ensomhet samsvarer med høyere dødelighet blant pasienter med eller uten kreft innlagt i sykehjem. Studien er en femårig oppfølgingsstudie der hypotesen om at sosiodemografiske faktorer som lidelse assosieres med dødelighet. Ved å måle følelsesmessig og sosial ensomhet kan det gi pekepinn på om dette medvirker til høyere dødelighet blant pasienter med kreft innlagt i sykehjem. Studien ble gjennomført på 30 sykehjem og relevansen for sykepleie i praksis er å ivareta ensomme pasienters emosjonelle behov. Alan (19) er opptatt av å stimulere helsepersonell i å få mer kunnskap om de vanskeligheter og utfordringer som eldre med kreft synes å slite med. Han påpeker at den psykologiske påvirkningen og utviklingen som kreft har på eldre, er at de tilpasser seg situasjonen lettere enn

hos yngre; det skjer en tilpasningsprosess. Men for øvrig er eldre menneskers behov ikke tilstrekkelig belyst, og det påpekes at kunnskapsbaserte data kan gi klinikere og forskere en bedre forståelse for de mestringsmekanismene eldre mennesker har. I tillegg er intervensjon viktig. Disse intervensjonene og mestringsmekanismene kan spille en rolle i å beskytte pasientene fra emosjonelt stress. Walker et.al (20) påpeker at årsakene til at eldre tilpasser seg bedre og opplever mindre stress med at de har bedre økonomi og at behandling ikke påvirker deres daglige virke på samme måte som hos yngre. Sykepleieperspektivet i omsorgen for eldre med kreft er belyst av Calussi et.al (21) som fokuserer på at kreftsykepleiere er en viktig del av et team som kan ivareta pasientenes helhetlige behov, noe som også kom frem i mine funn. For øvrig kunne kreftsykepleierne med sin tilstedeværelse veilede og trygge de øvrige ansatte i omsorgen for pasientene. Pasetto et.al (22) er opptatt av at pasientene skal få adekvat behandling og oppleve livskvalitet, men påpeker at eldre over 70 år kan ha vansker med å tåle en korrekt behandling. Kreftsykepleierne i min studie var oppmerksomme på dette og observerte symptomer nøye, samarbeidet med legene og justerte dosene ut fra situasjonen i praksis. De tok ansvar for veiledning av sykepleierne i hjemmesykepleien som fulgte opp den behandlingen de iverksatte, og de veiledet andre ansatte i tillegg. Ved å ha øyne for behovet for veiledning og å ta seg tid til det innimellom utviklet de sin personlige erfaringskunnskap. Ifølge Kirkevold (23) vil utvikling av personlig kompetanse både omhandle praktisk, teoretisk og etisk kunnskap samt intuisjon, refleksjon og erfaringer. Tiden til veiledning gikk ikke på bekostning av tiden som sykepleierne brukte på å ivareta pasientenes behov for samtale. Kreftsykepleierne var opptatt av å unngå det Delmar (24) påpeker; at mange pasienter vil tilpasse seg pleierens tidsskjema og hvis de opplever at sykepleier er travel, vil de unngå å forstyrre ved å ta kontakt, og heller undertrykke sitt behov for samtale. Engstelse for hvordan sykdomsforløpet vil utvikle seg og usikkerhet rundt hvordan fremtiden ville bli, var et felleseie for både pasient, pårørende og sykepleierne. Ifølge Benner og Wrubel (25) skal en være bevisst på at mestring er ingen kur mot stress, men en måte å håndtere det på. Ved å hjelpe pasienten og de pårørende til å oppleve å mestre hverdagsutfordringene bedre, kunne det begrense den opplevelsen av usikkerhet og angst som de bærer på.



## Studiens begrensning

Studien har klare begrensninger i den grad at feltarbeidet i hver kommune strekker seg over en to måneders periode, totalt fire måneder. Dersom jeg hadde oppholdt meg i feltet i en annen periode kunne antallet pasienter med kreft vært mindre eller større? Kreftomsorgen til den enkelte varer for øvrig i kort tid. Det var tilfeldig at utvalget var såpass stort spesielt i den ene kommunen der fem pasienter fikk intravenøs behandling i hjemmet, i den andre kommunen var det kun en pasient som fikk denne behandlingen. Det er ikke mulig å generalisere ut fra denne studien som kun omhandler 14 informanter i to mindre kommuner.

## Konklusjon og kliniske konsekvenser

«Å skreddersy behandling og pleie til eldre med kreft» betegner prosessen sykepleierne står i når de ivaretar eldre med kreft som bor hjemme. En slik ivaretagelse av eldre pasienter som bor hjemme krever at der er tilstrekkelig med sykepleiere i hjemmesykepleien for å

få til en døgnkontinuerlig god omsorg. Samordning i tjenesten, kliniske tiltak i praksis, kroppslig og psykososial omsorg, tilrettelegging i hjemmet, ivaretagelse og opplæring av pårørende var hovedfunnene i denne studien. Det er av stor betydning å få til god samarbeid med annet helsepersonell for å få til en samordning i tjenesten og å heve kompetansen i praksis. Videre forskning er nødvendig for å få kunnskap om hvordan eldre pasienter med kreft opplever sin situasjon. For øvrig er det nødvendig å få mer kunnskap om pårørendes erfaringer.

## Prosjektstøtte

Prosjektstøtte på 3 millioner er gitt av Det Regionale Forskningsfond Nord Norge RFFNORD til hovedprosjektet «Utvikling og vedlikehold av kvalitative gode tjenestetilbud til brukere i åpen omsorg. «Prosjekt nr. 208979. Prosjektet finansierer to doktorgradsstipendiater tilknyttet Senter for Praktisk Kunnskap ved Universitetet i Nordland. ■

## Referanseliste:

1. Statistisk sentralbyrå. Eldre i Norge 1999. Tilgjengelig fra: [http://www.ssb.no/emner/00/02/sa\\_seniorer/sa32/sa32.pdf](http://www.ssb.no/emner/00/02/sa_seniorer/sa32/sa32.pdf)
2. Storingsmelding nr. 47. Samhandlingsreformen. Oslo: Sosial og helsedepartementet.
3. Peters L, Sellick K. Quality of life of cancer patients receiving inpatient and home based palliative care. *Journal of Advanced Nursing* 2006; 53(5): 524-533.
4. Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet. 2007; revidert utgave. 2012. <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonalt-handlingsprogram-med-retningslinjer-for-palliasjon-i-kreftomsorgen-/Publikasjoner/nasjonalt-handlingsprogram-palliasjon-2012.pdf>
5. Agenda Kaupang. En naturlig avslutning på livet. Mer helhetlig pasientforløp i samhandlingsreformen, palliativ omsorg, trygghet og valgfrihet. Rapport nr. 7543. 31 oktober 2012. På oppdrag fra KS.
6. Bordonaro S, Raiti F, Di Mari A, Lopiano C, Romano F, Pumo V, et al. Active home-based cancer treatment. *J Multidiscip Healthc.* 2012;5137-43.
7. Rytter L, Jakobsen HN, Rønholdt F, Hammer AV, Andreassen AH, Nissen A, et al. Comprehensive discharge follow-up in patients' homes by GPs and district nurses of elderly patients. *Scandinavian Journal of Primary Health Care.* 2010;28: 146-53.
8. Hjelmar U, Hendriksen C, Hansen K. Motivation to take part in integrated care – an assessment of follow-up home visits to elderly persons. *Int J Integr Care.* 2011 Jul-Sep; 11: e122. Published online 31 August 2011. PMID: PMC3564424.
9. Krishnasamy M, Ugalde A, Carey M, Duffy M, Dryden T. Patient expectations and preferences for follow-up after treatment for lung cancer: a pilot study. *European Journal of Oncology Nursing.* 2011 Jul 15;(3):221-5. [Epub 2010 Feb 16]
10. Galway K, Black A, Cantwell M, Cardwell CR, Mills M, Donnelly M. Psychosocial interventions to improve quality of life and emotional wellbeing for recently diagnosed cancer patients. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2012, Nov 14;11: CD007064. doi: 10.1002/14651858.CD007064.pub2.
11. Altvesson M, Sköldberg K. Tolkning og refleksjon. Lund: Studentlitteratur, 1994.
12. Glaser BG, Strauss AL. The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research. Chicago: Aldine, 1967.
13. Glaser BG. Theoretical sensitivity. *Advances in the Methodology of Grounded Theory.* California: The Sociology Press, 1978.
14. Charmaz K. The grounded theory method: An explication and interpretation. In *Contemporary Field Research: A Collection of Readings* (Emerson RM, ed.), Waveland Press; Prospect Heights; IL, 1983, pp.109-126.
15. Brinchmann B. Hun nysgjerrige med den grønne boka. Feltforsker og grounded theorist i nyfødtmedisinsk avdeling. *Vård i Norden.* 1998; 18:20-25.
16. Rubak JM. «Shared care» et integreret samarbejde om patientforløb på tværs af sektorgrensene. Det moderne sundhedsvæsen samarbejder. [Shared care—integrated co-operation across the sector boundaries about patients course. Modern health care system co-operates]. *Ugeskrift for Læger.* 2002;164(45):5256-61.
17. Oresland S, Maatta S, Norberg A, Lutzen K. Home –based Nursing: An endless journey. *Journal Nursing Ethics.* 2011; 18: 408.
18. Drageset J, Eide GE, Kirkevoold 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 Jan; 22(1-2):106-14. doi: 10.1111/j.1365-2702.2012.04209.x. Epub 2012 Aug 9.
19. Alon S. Psychosocial challenges of elderly patients coping with cancer. *J Pediatr Hematol Oncol.* 2011 Oct;33 Suppl 2: S112-4.
20. Walker LG, Köhler CR, Heys SD, Eremin O. Psychosocial aspects of cancer in the elderly. *European Journal of Surgical Oncology.* 1998; 24(5): 375-378.
21. Colussi AM, Mazzer L, Candotto D. The elderly cancer patient: a nursing perspective. *Critical Reviews in Oncology/Hematology.* 2001; 39(3): 235-245.
22. Pasetto LM, Falci C, Compastella A, Sinigaglia G, Rossi E, Monfardini S. Quality of life in elderly cancer patients. *European Journal of Cancer.* 2007; 43(10): 1508-1513.
23. Kirkevoold M. *Vitenskap for praksis?* Oslo: Ad Notam Gyldendal, 1996.
24. Delmar C. No recipe for care as a moral practice. *International Journal for Human Caring.* 2008, 12(4): 38-43.
25. Benner P, Wrubel J. *Omsorgens betydning i sygepleje: Stress og mestring ved sundhed og sygdom.* København: Munksgaard, 2001.