



Høgskulen på Vestlandet

SK152 - Bacheloroppgave i sykepleie

SK152

Predefinert informasjon

Startdato:	23-05-2019 09:00	Termin:	2019 VÅR
Sluttdato:	07-06-2019 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Bacheloroppgave i sykepleie	Studiepoeng:	15
SIS-kode:	203 SK152 1 O 2019 VÅR FORDE		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.: 116

Informasjon fra deltaker

Antall ord *: 6864

Egenerklæring *: Ja

**Inneholder besvarelsen
konfidensiell materiale?:** Nei

**Jeg bekrefter at jeg har
registrert oppgavetittelen
på norsk og engelsk i
StudentWeb og vet at
denne vil stå på
vitnemålet mitt *:** Ja

Gruppe

Gruppenavn: (Anonymisert)

Gruppenummer: 27

**Andre medlemmer i
gruppen:** Deltakeren har innlevert i en enkeltmannsgruppe

Jeg godkjenner avtalen om publisering av bacheloroppgaven min *

Ja

Er bacheloroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? *

Nei

Er bacheloroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? *

Nei



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGÅVE

Palliativ omsorg i heimesjukepleien til pasientar i livets slutfase

Vegard Skaflestad Hegrenes
Kandidatnummer 116

Bachelorutdanning i sjukepleie

Fakultet for helse – og sosialvitskap (FHS)/Institutt for helse – og omsorgsvitskap/Campus Førde

Rettleiar: Anne Marie Sandvoll

07.06.2019

Eg stadfestar at arbeidet er sjølvstendig utarbeida, og at referansar/kjeldetilvisingar til alle kjelder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 10.

Samandrag

Tittel: Palliativ omsorg i heimesjukepleien til pasientar i livets slutfase

Bakgrunn for val av tema: For å få eit større innblikk i korleis sjukepleiar kan møte palliative pasientar på ein god måte, og korleis sjukepleiar i heimesjukepleien kan legge tilrette for god palliativ omsorg i heimen.

Problemstilling: Korleis kan sjukepleiar i heimesjukepleien legge tilrette for god palliativ omsorg til pasientar i livets slutfase?

Metode: Litteraturstudie

Funn/Konklusjon: Teamarbeid vart trekt fram som eit av dei viktigaste essensielle komponent av kvalitet i palliativ omsorg i heimen. God palliativ omsorg inneberer god kommunikasjon med pasient, pårørande og på tvers av tenesta.

Nøkkelord:

Palliativ omsorg, livets slutfase, heimedød, god omsorg

Abstract

Title: Palliative care in homecare for patients in the final phase of life

Background: To get a greater insight into how nurses can meet palliative patients in a good way, and how home nurses can adjust for good palliative care in the home.

Issue: How can nurses in homecare be able to rely on good palliative care for patients in the final phase of life?

Method: Literature study

Findings / Conclusion: Teamwork was highlighted as one of the most important essential components of quality in palliative care in the home. Good palliative care involves good communication with the patient, relatives and across the board.

Keywords:

Palliative care, end of life, home death, good care

Innholdsfortegnelse

1. Innleiing.....	1
1.1 Samfunns perspektiv.....	1
1.2 Sjukepleiefagleg perspektiv	1
1.3 Bakgrunn for val av tema	2
1.4 Problemstilling med avgrensing	2
1.5 Gjennomføring av oppgåva	2
2. Metode.....	2
2.1 Søkeord og database	3
2.2 Kjeldekritikk	4
3. Teori	5
3.1 Palliativ omsorg i heimen	6
3.2 Symptomkontroll	6
3.3 Kommunikasjon, åndelige og eksistensielle behov.....	7
3.4 Samarbeid med pårørande.....	9
3.5 Tverrfaglig samarbeid.....	10
4. Resultat/funn	11
4.1 Godt samarbeid og god kommunikasjon er essensielt for kontinuiteten i omsorga	11
4.2 Åndelege og eksistensielle behov er viktig for pasienten.....	13
4.3 Behandling av smerter og psykiske symptom er viktig for kvaliteten i omsorga.....	14
5. Drøfting - korleis kan sjukepleiar legge tilrette for god palliativ omsorg i heimesjukepleien?	15
5.1 Etablering av eit menneske – til – menneske – forhold	15
5.2 Utfordringar i den palliative omsorga	16
5.3 Godt samarbeid viktig for kontinuitet og tryggleik.....	18
5.3.1 Personsentrert omsorg i individuell plan.....	19
Konklusjon	20
Bibliografi.....	22

1. Innleiing

Palliativ fase blir beskrive som ein prosess som startar når det blir erkjent at sjukdommen er uhelbredelig, og avsluttast når pasienten dør (Gro, 2014, 523). For sjukepleiaren kan det vere ei utfordring å møte den palliative pasienten heime. Det er mange omsorgsbehov den palliative pasienten treng i denne fasen. Alt frå symptomhandtering til åndelege og eksistensielle behov. For å skape gode situasjonar i ein slik fase krev det ei organisering som kan gi tett oppfølging og god kjennskap til både pasient og pårørande (Næss & Fermann, 2014, s. 244).

1.1 Samfunns perspektiv

I Norge er det kvart år 44 000 dødsfall, der 15 % dør heime. I ei undersøking frå Tyskland blandt 272 kreftpasientar ønskte 75 prosent å dø heime og 15 prosent på sjukehuset, resten ønskte å dø på sjukeheimen. Det endte med at 32 prosent døde heime og 55 prosent døde på sjukehus. Manglande ressursar og trygghet blandt pårørande var grunnar til at ønske ikkje vart oppfylt, men også utforsigbare komplikasjonar som ikkje kunne løysast i heimen (Rosland, Hofacker & Paulsen, 2006). Samhandlingsreforma gir føring om at kommunehelsetenesta skal hjelpe til med hjelp nær heimen eller i heimen – og for den som treng pleie og omsorg i livets slutfase (Helse og omsorgsdepartementet, 2008).

1.2 Sjukepleiefagleg perspektiv

Studiar viser at fleire eldre med langtkommen sjukdom ønskjer å bu heime så lenge så mogleg og aller helst dø heime (Gro, 2014, s. 522). Dei fleste har eit positivt forhold til heimen, og heimen representerer det kjente og normale (Etenstad & Brenne, 2016, s. 161). Etisk kunnskap, engasjement og refleksjon er noko som blir kravd for ivaretaking av personar i livets slutt og deira pårørande. Dette for at bevisste holdningar blir synleggjort i veremåte og hånslag (Gro, 2014, s. 523).

1.3 Bakgrunn for val av tema

Eg har valt å skrive om palliativ omsorg i heimen til pasientar i livets slutfase. Grunnen til val av tema er fordi møte med palliative pasientar i heimesjukepleien er ei viktig oppgåve sjukepleiaren har i si yrkesutøving. Kreft er ein utbreidd sjukdom blant befolkninga og mange har eit stort ønske om å leve lengst mogleg heime med sjukdommen. Eg vil gjennom temaet skaffe meg eit større innblikk i korleis sjukepleiar kan møte palliative pasientar på ein god måte, og korleis ein kan legge tiltrette for ein god heimedød. Ei viktig oppgåve for sjukepleiar er å følgje opp pasienten sine ønskjer og behov. Best mogleg livskvalitet for pasienten og pårørande er målet for all behandling, pleie og omsorg. Gjennom temaet vil eg finne ut og tileigne meg meir kunnskap om korleis sjukepleiaren kan møte denne pasientgruppa og få eit større innblikk i utfordringar og korleis ein kan handtere desse.

1.4 Problemstilling med avgrensing

Korleis kan sjukepleiar i heimesjukepleien legge tiltrette for god palliativ omsorg til pasientar i livets slutfase? Problemstillinga mi er avgrensa til pasientar som mottar palliativ omsorg i heimen, der heimesjukepleien er sentral. Pasientgruppa eg tek for meg er eldre kreftpasientar over 65 år.

1.5 Gjennomføring av oppgåva

Oppgåva er inndelt i innleiing, hovuddel og avslutning. I innleiinga skriv eg om samfunnsperspektivet både sjukepleiefagleg, samfunnsfagleg, bakgrunn for val av tema og problemstilling med avgrensing. I hovuddelen er metode skrive med søke og utvalsprosess og kjeldekritikk. Vidare i hovuddelen kjem teori og forskning som seinare blir drøfta. I avslutninga kjem eg fram til ein konklusjon ut i frå problemstillinga.

2. Metode

Metoden fortel oss noko om korleis ein bør gå fram for å få eller etterprøve kunnskap (Dalland, 2012, s. 111). Metoden hjelper oss med å samle inn data og den informasjonen vi treng til undersøkinga. Å få gode data og få fram spørsmålet på ein fagleg og interessant måte er ein grunn for å velge ein bestemt metode. (Dalland, 2012, s. 111). Litteraturstudie er blitt nytta i denne oppgåva og det er brukt både kvantitative og kvalitative forskningsartiklar der fire av artiklane er systematiske oversiktsartiklar. Dei systematiske oversiktsartiklane skal oppsummere og samanstillere resultat av alle relevante studiar (Dalland, 2012, s. 79).

Den kvantitative metoden har den fordelen at den gir data i form av noko målbart medan den kvalitative metoden lar seg ikkje talfeste, den tar sikte på å fange opp meiningar og opplevingar. I dei kvalitative forskningsartiklane er det blitt brukt intervju og observasjon som metode. Erfaringar frå intervjupersonane kjem fram i desse forskningsartiklane (Dalland, 2012, s. 112).

2.1 Søkeord og database

Det er gjort søk på forskningsartiklar i Høgskulen på Vestlandet sin database på fagressursar. Databasar som Academic Search Elite, Medline, Chinahl, Pubmed og Google Scholar er nytta i søkeprosessen for å finne relevant forskning opp mot problemstillinga. Når eg gjorde søk i Academic Search Elite haka eg av for Medline og Chinahl for å få desse med i same søket.

Søkeorda eg har nytta meg av i Academic Search Elite saman med Medline og Chinahl er *palliative home care*, *homenurs**, og *quality of care*. *Palliative care*, *homenurs** og *homecare*. *Palliative care*, *homenurs** og *quality of care*. Desse søka er blitt gjort i fleire kombinasjonar. Søka vart avgrensa til personar over 65 år. Andre søkeord og måtar eg har nytta meg av er *end of life*, *terminal care* og *quality of life* saman med *homecare* og *systematic review*. Eg gjorde søk med systematiske oversikter for å finne oversiktsartiklar der forfattarar har brukt ein systematisk metode for å finne, kvalitetsvurdere og oppsummere enkeltstudiar over same tema eller spørsmål (Nordtvedt, Jamtvedt, Graverholdt, Nordheim og Reinart, 2012, s. 49).

For å søke på fleire forskjellige ord under *Palliative homecare*, søkte eg på følgjande: *Palliative homecare and end of life care or palliative care or death or dying or terminally ill*. Desse søka vart gjort på Academic Search Elite, Medline og Chinahl.

Eg gjorde artikkelfunn i bøkene *Palliasjon* og *Geriatrisk sjukepleie* og fann ut at dette var relevant forskning for problemstillinga. I boka *Palliasjon* fann eg ein forskningsartikkel som handlar om faktorar som påverkar heimedød hos terminale sjuke pasientar med kreft (Gomes & Higginso, 2006, s. 515-521) I *Geriatrisk sjukepleie* fant eg ein forskningsartikkel som handlar om sjølvrapporterte udekkte behov blant pasientar og pleiarar (Ventura, Brooker, Fletcher og Ricciardelli, 2013, s. 391-402). Eg nytta meg av Google Scholar og PubMed når eg søkte opp desse artiklane då eg ikkje fekk treff i Academic Search Elite, Medline og Chinahl.

2.2 Kjeldekritikk

Kjeldekritikk handlar om å både vurdere og karakterisere den litteraturen som er nytta (Dalland, 2012, s. 72). Den skal vise at ein er i stand til å forholde seg kritisk til det kjeldemateriale som er nytta i oppgåva, og kva slags kriterier som er nytta under utvelginga. Kjeldekritikken skal få lesaren til å ta del i refleksjonar ein har gjort seg om relevans og gyldighet av litteraturen som er brukt får å belyse problemstillinga og at ein i stand til å forholde seg kritisk til det kjeldematerialet som er nytta (Dalland, 2012, ss. 72-73).

Artiklane er kvalitetssikra etter helsebiblioteket sine sjekklister for kritisk vurdering av forskningslitteratur. Dette for å sikre at artiklane er relevante for oppgåva. Det er blitt sjekka om artiklane har ei klart formulert problemstilling og om designet som er nytta er eigna for å svare på problemstillinga. Eg vurderte resultatata i artiklane og om resultatata kunne nyttast i oppgåva (Helsebiblioteket, 2016).

Fire av artiklane er oversiktsartiklar og sju av artiklane er kvalitative studiar. Det er brukt sjekklister i (Helsebiblioteket, 2016) for å vurdere desse artiklane. Artiklane er også sjekka opp mot IMRaD - strukturen (Dalland, 2012, s. 79). Svakheiter som kan vere i to av studiane er at dei er eldre, ein frå 2003 og ein er frå 2006. På grunn av engelsk tekst kan det difor vere

ein risiko for noko feiltolkning av artiklane når ein har oversett teksten. Google translate er nytta til å oversette tekst frå engelsk til norsk og enkelte ord og uttrykk er tolka i det Store norske leksikon, noko eg meiner er naudsynt i tolking av tekstane. Andre svakheiter som kan vere i eit par av artiklane er at forskninga handlar meir generelt om pasientar som er under palliativ omsorg, ikkje at den er spesifikk retta mot både og/eller «eldre over 65 år», «kreft» og/eller «heimen». Styrke med artiklane er at dei fleste artiklane er 10 år eller yngre og er på engelsk, noko som kan styrke resultata av forskninga.

Fagstoff og pensum er ofte sekundærlitteratur. Teksten er difor presentert og utarbeida av nokre andre enn den opprinnelige forfattaren. Det opprinnelege perspektivet kan ha endra seg då teksten kanskje både er oversett og fortolka før eg les den (Dalland, 2012, s. 73). Bøker eg har nytta meg mest av er *Palliasjon* (Loge & Kaasa, 2016) og *Geriatrisk sjukepleie* (Kirkevold, et al., 2014), desse baserer seg på mykje relevant forskning og inneheld difor fleire sekundærkilder. Andre bøker eg har nytta meg av er *Mellommenneskelige forhold i sykepleie* (Travelbee, 2001) og *Utøvelse av klinisk sykepleie Sykepleieboken 3* (Knutstad, 2015). Dette fordi eg ser det som høgst relevant for oppgåva og kan vere eit godt utgangspunkt i både teori og drøfting (Dalland, 2012, ss. 68-69).

Helsebiblioteket, Norsk sjukepleiarforbund, Lovdata, Helsedirektoratet og Helse og omsorgsdepartementet er nettsider som er brukt for å finne relevante lover og retningslinjer. For å kunne benytte internett på ein forsvarlig måte er det ein forutsetning at ein finn fram til den eller dei som har lagt ut informasjonen. Kilder eg har funne på desse nettsidene opp mot oppgåva reknar eg som sikre fordi dei kjem frå nasjonale nivå (Dalland, 2012, s. 65).

3. Teori

I teori delen skriv eg om relevant teori som gjer greie for problemstillinga.

3.1 Palliativ omsorg i heimen

Grunnlaget for palliativ omsorg har mål om aktiv behandling, pleie og omsorg retta mot pasientar og deira pårørande. Symptomlindring og optimalisering av livskvalitet er hovudmålet. Den palliative fasen kan vere ganske lik ein normaltstand utan så mange sjukdomsteikn og hjelpebehov. Utover den palliative fasen som i terminal fase vil personen bære meir og meir preg av svakheit, auka symptom og hjelpeløyse. Dette seier noko om at den palliative tilnærminga varer lengre enn dei siste vekene før personen døyr. Om ein skal sjå palliativ behandling som ein del av behandling og oppfølging av eldre vil det bety at fasen kan vare betydelig lengre enn eit år (Groven, 2014, s. 523).

Hovudfokus for pasientar med kort forventa levetid bør vere å betre, oppretthalde eller tilrettelegge for så god livskvalitet som mogleg, både for pasientane og pårørande (Loge & Kaasa, 2016, s. 34). For å få til eit godt sjukepleietilbud er det viktig at pasienten, pårørande og sjukepleiaren samarbeider om dette. Det forutset at pasienten og pårørande sine perspektiv, behov og synspunkt blir respektert og tatt omsyn til. For å få til dette er det nødvendig med likeverd mellom partane og at både pasient, pårørande og sjukepleiar kan støtte, informere og hjelpe kvarandre (Kirkevold, 2014, s. 147).

Fysiologiske behov i livets slutfase som blandt anna smertelindring, ernæring og behandling av kvalme skal dekkast. Åndelige og eksistensielle behov er sentrale behov som pasienten også må få dekkast (Næss & Fermann, 2014, s. 243). Forutsetningar for å leve sine siste dagar heime er at pasient og pårørande sjølv ønskjer det, og at pasienten ikkje er aleine i eit lengre tidsrom. Pasienten må ha tilgang til nødvendige teknisk utstyr og hjelpemidlar. Det er også nødvendig med omsorgsressursar for pårørande og dei ulike delane av helsetenesta, i tillegg til eit avgrensa antall personar som er tilgjengelige heile døgnet (Flovik & Birkeland, 2014, s. 101).

3.2 Symptomkontroll

Målet med palliativ symptomlindrande behandling er å lindre plagsame symptom. Behandlinga er retta mot fleire av dei symptoma (Loge & Kaasa, 2016, s. 45).

Det er to hovudformål sjukepleiaren si kartlegging dannar grunnlaget for, den eine er grunnlaget for å kunne gi individuelt tilpassa omsorg, og det andre er å oppdage endringar i helsetilstanden som krev tiltak (Kirkevold, 2014, s. 122). Sjukepleiarar har plikt til å vurdere pasienten sitt behov og å setje i verk nødvendig sjukepleie for å førebygge og betre helse og funksjonssvikt og er forankra i krav om fagleg forsvarligheit i helsepersonellova og yrkesetiske retningslinjer for sjukepleiarar (Norsk sykepleierforbund, 2016). Til pasientar i palliativ fase og pasientar med dødeleg sjukdom og avgrensa levetid er symptomkartlegging og avklaring med pasienten om kva som er prioriterte behandlingsmål heilt sentrale element (Loge & Kaasa , 2016, s. 48).

Pasienten med langtkomen sjukdom har ofte mange plager. Smerte og kvalme kan vere direkte forårsaka av kreftsjukdomen. Obstipasjon kan vere ein biverknad av bruk av opioid. Andre symptom som agitasjon, delirium, sekretstagnasjon, dysnpê, vannlatningsproblem og dysfagi er vanleg når døden nærmar seg. Kramper og myoklonier kan komme i tillegg som biverknader av medikamenter. Symptoma i seg sjølv er ikkje eit teikn på om personen er nær døden. Det er difor nødvendig å sjå symptoma i samanheng med pasienten sin kliniske tilstand og førekomst av kliniske teikn som oppstår hjå den døyande. Dei fleste av symptoma krev at det blir sett i gang symptomlindrande tiltak (Dalene & Brenne, 2016, s. 641). Morfin, midazolam, haloperidol og glykopyrrolat er dei fire viktigaste medikamenta for lindring i livets slutfase (Dalene & Brenne, 2016, s. 649).

3.3 Kommunikasjon, åndelige og eksistensielle behov

Målet med sjukepleien er å gjere den siste tida så god som mogleg. Dette består seg av å lindre smerte og ubehag. Med lindring som omsorgsstrategi er medmenneskeligheit, trøst, nærvær og velvære sentrale kjenneteikn. Som sjukepleiar må ein forholde seg til pasienten si eiga oppleving og finne fram til ei felles forståing. Om pasienten ønskjer det, er det å vere åpen og ha en dialog med pasienten om tankar om livet og døden, viktige element. Tru kan hjelpe mange til å finne samanheng med både livet og døden, og kan gi eit håp om eit liv etter døden. For mestringssevna kan åndelege og religiøse forhold ha ei viktig betydning (Flovik & Birkeland, 2014, s. 98).

Sjukepleiaren som møter pasienten bør ha ferdigheiter i kommunikasjon for å få tillit og gode relasjonar til pasienten. Om det ikkje ligg tillit til relasjonen blir det utfordrande å ivareta pasienten sine åndelige og eksistensielle behov. Holdningar til pasienten har mykje å seie, fordi sjukepleiaren har makt til å bekrefte eller avkrefte pasienten sin verdighet gjennom måten vi opptrer på (Røen & Hirsch, 2016, ss. 318-319). Relasjonen ligger til grunn for korleis kommunikasjonen blir. Den profesjonelle sjukepleiaren kan målbevisst etablere eit menneske til menneske forhold gjennom kommunikasjonen sammen med tidlegare erfaringar slik at individets sjukepleiebehov blir ivaretatt. Ved at sjukepleiaren bruker ein disiplinert intellektuell tilnæringsmåte til problem i kombinasjon med ein terapeutisk bruk av seg sjølv, kan ein ivareta dei sjukepleiebehova (Travelbee, 2001, s. 136). Ein kan kartlegge omsorgsbehov for både pasient og pårørande i slike samtaler (Loge, Hjermsatd, & Stensheim, 2016, s. 274).

Det er ikkje berre stell av kroppen som inneberer stell og pleie av pasienten i livets slutfase. Om pasienten kan uttrykke kva som er betydningsfullt, sine ønskjer og håp, vil det muliggjere spesifikke tiltak (Grov, 2014, s. 524). Der pasienten opplever seg som bekrefte som person kan vere eit godt stell. Stellet kan bli styrt ut i frå pasientens vanar og ønskjer og kan bli planlagt ut i frå pasienten si dagsform. Gjennom pasienten sine ønskjer for livets siste fase kan vedkommande forstå, konkretisere og utøve sjølvbestemmelsesrett (Grov, 2014, s. 524). Sjukepleiaren må bruke sine fagkunnskapar for å hindre og førebyggje ytterlegare plager hos pasienten (Trier, 2015, s. 924).

Det kan vere utfordrande å registrere dei åndelege og eksistensielle behova pasienten treng eller ønskjer. Det kan vere lurt å innleie med spørsmål som «det verkar på meg som om du tenkjer på noko», «får eg spørje deg...?», «vil du seie noko om...?». Eksempel på opnande kommunikasjon kan vere «kva tenker du på?», «Kva er viktigast for deg no?», «Kva gir deg mot/ håp/ meining?» «Har du nokon som støtter deg?» «Kven skulle du ønskje var her?» «Er det noko meir du tenkjer på?». Med desse spørsmåla kan ein kartlegge signal som pasienten gir gjennom non verbale uttrykk. Eksempel på dette kan vere redde auge, kvite knoklar over dynekanten, ansikt vendt mot veggen, eller uro. Det er viktig at sjukepleiaren får tillatelse til

å gå inn i åndelege og eksistensielle spørsmål, slik at ein ikkje bryt seg inn i pasienten sitt indre liv (Røen & Hirsch, 2016, s. 323).

For å kartlegge pasienten sitt åndelege behov er det viktig å vite kva slags tru eller livssyn pasienten har. Utover dette er det viktig å informere pasienten om kven som er tilgjengeleg i det tverrfaglege temaet og kva ein kan tilby av kompetanse. I heimesjukepleien skal prest eller diakon vere tilgjengelege. Om pasienten ønskjer det kan dei bli involverte. Pasienten kan då få hjelp til ritual som forbønn, natteverd eller minnestunder. Sjukepleiaren har eit ansvar for å legge tiltrette for pasientar som vil utøve si tru eller livssyn uansett kultur, livssyn og kva for ein religion ein høyrer til (Røen & Hirsch, 2016, s. 322).

3.4 Samarbeid med pårørande

Sentrale mål for all palliativ behandling er best mogleg livskvalitet for pasient og pårørande (Loge, et al., 2016, s. 277). Pasienten sitt nettverk og familien er viktig å kartlegge i praktisk palliativt arbeid. Dette for å velge ei tilnæringsform som best mogleg inkluderer dei næraste og forutset at pasienten ønskjer det (Loge, et al., s. 275) Pårørande representerer ofte trygghet og ivaretaking for pasienten og dei kan hjelpe pasienten i å ivareta deira trygghet og sjølvbiletet gjennom sjukdom og behandling (Loge, et al., s. 277). Kven er rundt pasienten?, kva relasjonar har dei? og kva ressursar har dei? Ein bestemt «familiekontakt» er praktisk for helsepersonell når vi som helsepersonell spør etter nærmaste pårørande og kven vi kan gi informasjon til (Loge, et al., 2016, ss. 275-276).

Den eldre pasienten som vel å dø heime kan føle på engstelse, og det kan sjåast som vanskeleg for pårørande å ha den døyande heime. Dei pårørande må derfor få hjelp til å forstå kva som vil skje fram mot døden, kva som er mogleg å gjere og hjelp til å takle psykiske utfordringar (Næss & Fermann, 2014, s. 243). Ein kan redusere både pasienten og pårørande sin uro ved å informere gjennom heile prosessen. Informasjon aukar tryggleik og førebyggjer eventuell engstelse. Det er viktig å informere om forhold rundt sjukdom, prognose og korleis praktiske ting kan løysast. Her må både pasienten og pårørande bli informert saman. Ofte blir ikkje informasjon registrert første gangen og det blir difor nødvendig å gjenta informasjonen fleire gongar (Flovik & Birkeland, 2014, s. 104). Det

hender ofte at pårørende sitt informasjonsbehov aukar mot slutten av sjukdomsforløpet då pasienten viser mindre interesse for sjukdom, prognose og behandling (Loge, et al., 2016, s. 277).

Sjukepleiaren sin funksjon er å hjelpe den enkelte til å oppnå optimal helse på eit høgast mogleg nivå, ikkje til å gjenvinne helse då dette ikkje er mogleg. Den sjuke pasienten treng meir enn god fysisk pleie eller rehabilitering (Travelbee, 2001, ss. 35-36). Den profesjonelle sjukepleiaren må gå inn for å hjelpe den enkelte familie til å finne mening i erfaringane, ikkje berre til å meistre sjukdom og lidning. Dette er ei vanskeleg oppgåve som den profesjonelle sjukepleiaren ikkje må trekke seg vekk i frå (Travelbee, 2001, s. 37).

3.5 Tverrfaglig samarbeid

Tverrfagleg og tverretatleg samarbeid er heilt nødvendig for å avklare kva ulike instansar kan og skal bidra med. Eksempel på instansar på sjukehuset kan vere palliativt team, smertepoliklinikk, kreftsjukepleiar og sengeavdelingar. Poenget med det tverrfaglege og tverretatlege arbeidet, er å avklare kva dei ulike instansane kan og skal bidra med. Korleis og kven skal/kan sørge for innlegging om det blir nødvendig? Omsorg for døande har vist seg å vere noko heimesjukepleien ikkje kan stå med aleine (Flovik & Birkeland, 2014, s. 100). Andre aktuelle ressursar kan vere fysioterapeut, sosionom, prest, psykiatrisk sjukepleiar og saksbehandlar frå NAV (Aass & Haugen, 2016, s. 116).

Fastlegen og heimesjukepleien er heilt sentrale instansar som pasienten og pårørende treng for å få dekkja sine behov. Fastlegen er pasienten sin ansvarlige lege og har det overordna og koordinerande ansvaret for omsorg og behandling (Aass & Haugen, 2016, ss. 116 - 117). Sjukepleiaren i heimesjukepleien er ofte den yrkesgruppa som kjem nærast pasienten og blir mest involvert i den døyande og pårørende. Pasienten bør ha ein pasientansvarlig sjukepleiar i heimesjukepleien eller ein koordinator som har ansvar for kontinuitet og kan koordinere hjelp ut i frå pasienten sine ønskjer. (Flovik & Birkeland, 2014, s. 100). Mange kommunar har samla kompetanse i tverrfagleg palliativ ressursgruppe. Dei kan bistå sjølv i arbeidet mot pasient og pårørende men også bistå det øvrige personale som jobbar tett mot pasienten (Aass & Haugen, 2016, s. 116). Ein individuell plan kan vere nødvendig å utarbeide

når pasienten er mottakar av langvarige og samansette tenester (Flovik & Birkeland, 2014, s. 41) (Pasient og brukerrettighetsloven 1999, §2-5).

4. Resultat/funn

Eg har funne 11 forskningsartiklar som eg meiner er til hjelp i å besvare problemstillinga. Alle artiklane er fordelte over tre ulike tema; samarbeid og kommunikasjon, åndelege og eksistensielle behov og symptomhandtering.

4.1 Godt samarbeid og god kommunikasjon er essensielt for kontinuiteten i omsorga

Med samarbeid meiner eg det tverrfaglege teamet kring pasienten og kommunikasjonen mellom dei. Dette kan blant anna vere samarbeid med pårørande, fastelegen som har det koordinerande ansvaret, palliativt team og avdelinga knytt til pasienten på sjukehuset (Aass & Haugen, 2016, s. 116).

Teamarbeid blir trekt fram som eit av dei viktigaste elementa. God kommunikasjon med pasient, pårørande på tvers av tenesta blir rekna som høg kvalitet på omsorg. Dette inneberer at nokon koordinerer omsorga og kan ta hand om primæromsorg og at heimeomsorga blir kopla saman med sjukehus og andre samfunnsorgan, på ein slik måte at det er open kommunikasjon mellom helsetenestene (Seow & Bainbridge, 2018, ss. 38-40).

Kommunikasjon med helsepersonell var dei mest rapporterte udekka behova for pasient og pårørande (Ventura et al., 2014, 391-402). Open kommunikasjon i tenesta som blei levert var eit vanleg udekka behov for pasientar og pårørande og blei diskutert i seks av artiklane. Det var mangel på regelmessig kommunikasjon med legar og sjukepleiarar, samt mellom primær og sekundær helsetenestepersonell. Dette førte til usikkerhet om kven som skulle kontaktast i periodar med behov og manglande kontinuitet i omsorga som ulike helsepersonellgrupper deltok i. I tillegg var enkelte helsepersonell ikkje klar over tenestene

som vart levert av andre helsepersonell, og tenestene blei dårleg samordna (Ventura et al., 2013, s. 391-402).

Hjelp med transport, utstyr for å kunne mobilisere seg utandørs som for eksempel tilgang til rullestol, praktisk bistand i huset og økonomisk bistand var praktiske udekte behov som vart diskutert av pasientar og pårørande i fem av studiane i den systematiske litteraturundersøkinga (Ventura et al., 2013, s. 391-402). I ein litteraturstudie som hadde som mål å identifisere kva tidlegare studiar har funne ut om pasientar sine preferansar i palliativ behandling kjem det fram at dei ønskjer at den palliative omsorga skal hjelpe dei å kunne leve eit meningsfullt liv. Studien konkluderte med at helsepersonell må vere lydhøyre og sensitive for pasienten sine preferansar når vi planlegg og gjennomfører palliative omsorgstilbud (Leegaard, 2015, s. 214-215).

Å anerkjenne sine begrensingar, byggje eit samarbeid og teamarbeid og å danne eit palliativt heimehjelp team, var tema som sjukepleiarane gav uttrykk for. Dette i forbindelse med heimebehandling til pasienten og pårørande og deling av kompetanse og erfaringar med heimesjukepleiar (Arnaert & Wainwright, 2009, s. 357-364).

Ubehagelege følelsar, mangel på samarbeid og manglande tryggleik var etiske problem som oppsto i møte med pasienten ute i heimen ved livets slutfase. Sjukepleiarane opplevde etiske utfordringar i livsopplevelsen til pasienten og tap av kontroll for sjukepleiaren vart hovudtemaet som uttrykte den generelle forståelsen av dei etiske utfordringane. Dårlig oppfølging frå fastlege, på sjukehuset eller på avdelinga pasienten hadde tilknytning til var ubehagelig for sjukepleiaren når pasienten fekk forverring og trengde meir smertestillande. Sjukepleiarane løyste derfor ofte dei etiske problemstillingane med å ta på seg eit for stort ansvar for vurdering og bruk av smertestillande medisin. Usemje og manglande samarbeid mellom kollegaer, pasienten og pårørande om korleis ein best skulle levere palliativ omsorg gav etiske problemstillingar knytt til pasienten og pårørande sin autonomi, verdighet og privatliv. (Karlsson, Karlsson, Berggren & Söderlund, 2012, s. 831-838).

Individuell plan i palliativ fase har vist seg å kunne bidra til mestring for pårørande. Innhaldet og prosessen rundt individuell plan i studien fekk fram ressursar og struktur, og det skapte

meining og samanheng. Informantane opplevde håp, at dei var ein ressurs og inngjekk i samarbeidet med pasienten. Den heilskaplege forståinga med den individuelle planen var personsentrert omsorg til pasienten (Lunde, 2017).

4.2 Åndelege og eksistensielle behov er viktig for pasienten

Frykt for døden og frykt for kommande problem og situasjonar var eit vanleg problem i to av studiane. Frykta var hjå både pasientar og pårørande, for nokre pasientar var frykta så sterk at nokre uttrykte eit behov for å avslutte livet. Manglande evner til å kunne delta i religiøse tenester var blandt dei udekte behova (Ventura, et al., 2013, s. 391 – 402).

Pasientar og pårørande ønskte meir informasjon om sjukdommen, ofte om å styre livet og ta avgjerder og om korleis tilstanden ville utvikle seg (Ventura, et al., 2013, s. 391-402).

Pasientar var spesielt opptatt av kva som ville skje med sine etterlatte etter at dei sjølv var gått bort. Dei pårørande ønska meir informasjon om kva dei skulle gjere ved pasienten sin død. Skriftleg informasjon, informasjon om korleis dei kunne handtere pasienten sine symptom og informasjon om alternative medisin og eutanasi var informasjonsbehov dei pårørande gav uttrykk for (Ventura, et al., 2013, s. 391-402).

Depresjon var den vanlegaste psykiske utfordringa hos pasientar med terminal kreft (Williams & Payne, 2003, s. 334-338). Depresjon reduserte ikkje berre livskvalitet for pasienten og pårørande, men depresjonen kunne også gi fysiske symptom. 80 prosent av depresjonen som utviklar seg hos denne pasientgruppa er ukjent og ubehandla. Pasientane er ofte ikkje villige til å starte samtalen om dette problemet med legen eller sjukepleiaren. I studien kom det fram at sjukepleiaren hadde utfordringar med å snakke om depresjon med sine pasientar og fokuserte meir på fysiske symptom. Manglande trening i å identifisere psykiske symptom var ein grunn til utfordringa og gjorde det vanskelig å overtale medisinske ansvarlege for vidare vurdering eller medikamentell behandling. Psykiatrisk fagkyndige vart derfor ikkje utnytta fullt så mykje som det burde (Williams & Payne, 2003, s. 334-338). Å akseptere, å ha innsikt, å støtte og å anerkjenne dei åndelege behova for pasienten. Dette er oppfatningar sjukepleiarar og helsepersonell har erfaring i å ivareta og evne til å kunne sjå pasientane i siste fasen av livet. Kommunikasjonsferdigheter og å akseptere at ein som

omsorgsperson ikkje nødvendigvis har svar på alt er også ein del av erfaringa. (O'Brien, Klinloch, Groves & Jack, 2018, s. 182-189).

I fem studiar der pasient og pårørande sine psykososiale behov blei identifisert, kom det fram at det var behov for støtte av bekymringar, frykt for liding og død og handtering av ei uforutsigbar framtid (Ventura et al., 2013, s. 391-402). Dei psykososiale behova var meir utbreidd som eit udekt behov enn opplevinga av fysisk smerte. Nokre pårørande uttalte at dei kravde emosjonell støtte frå ein profesjonell rådgjevar eller anna støttespelar. Å snakke om pasienten sin sjukdom og å diskutere tilpassing til deira nye rolle i sitt intime forhold, inkludert seksuell aktivitet, var eit av behova dei ville snakke om (Ventura et al., 2013, s. 391-402).

4.3 Behandling av smerter og psykiske symptom er viktig for kvaliteten i omsorga

Dei sju mest utbredte symptomta hos eldre kreftpasientar som mottok palliativ omsorg var fatigue, ekskresjons symptom, urinkontinens, kraftløyse, smerter, forstoppelse og angst. Dette førekom hos minst 50 prosent av alle pasientane. Førekomsten av fatigue var størst og var på 77,8 prosent medan førekomsten av smerter var på 63 prosent (Lancker, et al., 2014, s. 90-104). I ein systematisk gjennomgang av faktorar som påverkar heimedøden hjå terminale kreft pasientar, viste det seg at det var motstridande resultat for opplevinga av smerter. To studiar rapporterte om ingen effekt, medan to andre studiar viste at personar som døydde i heimen kunne oppleve meir smerter (Gomes & Higginson, 2006, 515 – 521).

Behandling av smerter og psykiske symptom er ein av komponentane for god kvalitet av palliativ omsorg i heimen (Seow & Bainbridge, 2018, ss. 38-40). For å kunne gi god smerte og symptombehandling i heimen blir det kravd eit system som har grunnleggande palliativ kompetanse og spesialisert palliativ kompetanse. Det er viktig at ressurspersonar har muligheit til å kunne rådføre seg med andre med høgare kompetanse på feltet om det er nødvendig (Seow & Bainbridge, 2018, ss. 38-40).

Tema om kor mykje smertestillande pasienten skulle ha, skapte ofte usemje innad i heimesjukepleien (Molnes, 2014, s. 142-145). I studien kom det fram at fleire sjukepleiarar vegra seg for å nytte morfin, noko som førte til at dei blei tilbakehaldne med å gi smertestillande fordi dei var redde for å gi for store dosar. Nokre sjukepleiarar meinte pasientane måtte smertelindrast på ein optimal måte, og om pasienten vart sløv slik at dei pårørande mista kontakt med pasienten, så var det viktigast at pasienten hadde det godt, og at pårørande blei informert om situasjonen. Det vart konkludert med at ein bør ha meir fokus på symptomlindring, og god kommunikasjon mellom pasient, pårørande og helsepersonell for at fleire kreftpasientar skal få ein god og verdig behandling i sin eigen heim (Molnes, 2014, s. 142-145).

5. Drøfting - korleis kan sjukepleiar legge tilrette for god palliativ omsorg i heimesjukepleien?

I denne delen drøftar eg forskning og teori opp mot problemstillinga i høve til god palliativ omsorg i heimen. Eg vil ta for meg ulike moment som er viktig i forbindelse med dette og ulike utfordringar ein kan møte i denne fasen som sjukepleiar og korleis desse blir handtert. Eigne erfaringar og opplevsalar frå praksis er også tatt med i drøftinga.

5.1 Etablering av eit menneske – til – menneske – forhold

I palliativ omsorg er trygghet og tillit avgjerande for pasienten. For at sjukepleiaren skal byggje ein tillitsfull relasjon til pasienten er det heilt nødvendig at god kommunikasjonen ligg i grunn. Etablering av menneske – til – menneske forholdet blir dermed sentralt for at sjukepleiaren skal kunne fange opp pasienten sine omsorgsbehov innanfor både det åndelege og eksistensielle men også symptom som pasienten har (Travelbee, 2001, s. 136). Menneske – til – menneske – forholdet vil føre til at sjukepleiaren lettare kan fange opp eller få innsikt i kva åndelege behov pasienten har. Sjukepleiaren kan også få eit større symptombilete av pasienten, noko som kan lette symptomhandtering. Det kjem fram i studie at støtte av bekymringar, frykt for liding og død og handtering av ein uforutsigbar

framtid er forhold pasient og pårørende trenger i dei psykososiale behova (Ventura et al., 2013, s. 391-402).

Eg har erfart at sjukepleiaren formidlar omsorg og sitt ansvar gjennom kommunikasjonen noko som er i tråd med Travelbee (2001). Denne formen for kommunikasjon skjer ofte non verbalt, det vil seie gjennom blick eller måten sjukepleiaren utfører sine tenester på. Pasienten kommuniserer igjen si oppfatning av sjukepleiaren og kva grad pasienten oppfattar sjukepleiaren som eit hjelpande menneske (Travelbee, 2001, ss. 135-138).

Menneske – til menneske – forholdet kan vere med på forstå kva pasienten kommuniserer, men også få ein innsikt om det føregår kommunikasjon og kva som eventuelt blir kommunisert i sjukepleiesituasjonen. Menneske – til – menneske – forholdet kan dermed hjelpe sjukepleiaren med sine mål og hensikter om å hjelpe pasienten og kan bruke den informasjonen som han får i planlegging av sjukepleietiltak (Travelbee, 2001, ss. 135-136). Etterkvart som sjukepleiaren og pasienten får ein gjensidig forståelse og kontakt, kan den gjensidige interessa og tilliten auke (Travelbee, 2001, s. 176). Det innleiande møte, framvekst av identitetar, empati, sympati og medkjensle er viktige fasar for å etablere eit menneske – til – menneske – forhold. Det kan få fram ei gjensidig forståing og kontakt (Travelbee, 2001, s. 172).

Likevel er det viktig at sjukepleiaren som profesjonell, balanserer forholdet mellom dei, slik at det oppstår ein rytme og symmetri i forholdet, der pasientens behov er kjent og blir ivaretatt utan at dette blir som eit privat forhold (Birkeland & Flovik, 2014, s. 74). Vi er alle forskjellige individ, og helse - kontakt med forskjellige personar varierer. Nokre pasientar ønskjer mykje kontakt med helsepersonellet, medan andre ønskjer mindre kontakt. Det er viktig at sjukepleiaren tar omsyn til dette (Birkeland & Flovik, 2014, s. 74).

5.2 Utdringar i den palliative omsorga

Det kjem fram i forskning at utfordringar og etiske problemstillingar i omsorga til den palliative pasienten i heimen ofte skjer på grunn av manglande kommunikasjon og samarbeid (Karlsson et al., 2012, s. 831-838). Dette kan føre til at omsorga i tenesta som blir

utført ikkje når opp til dei krava pasienten har rett på. Likeeins at pasienten ikkje får nå opp til sine krav og ønskjer om å kunne leve sine siste dagar heime så lenge som mogleg. Dårleg kommunikasjon og samarbeid mellom dei involverte kan også gå ut over sjukepleiaren sitt arbeid om å skape eit menneske – til – menneske – forhold. Det vil derfor oppstå utfordringar i relasjonsbygginga mellom pasient og sjukepleiar og den tillitsfulle relasjonen vil bli svekka. Dette kan gi utfordringar i sjukepleiaren sin funksjon i å fange opp pasienten sitt omsorgsbehov (Karlsson et al., 2012, s. 831-838) (Travelbee, 2001, s. 136).

Konflikt mellom pårørande og pleiarar i omsorgssituasjonen førte til utfordringar i å gi god omsorg i eit heimemiljø, blandt anna å gi omsorg som respekterer pasienten og dei pårørande sin autonomi, verdighet og privatliv (Karlsson, et al., 2012, s. 831-838). Det som kjem fram i forskninga belyser konsekvensen av manglande kommunikasjon og samarbeid mellom pasient, pårørande og helsepersonell.

Manglande trygghet i heimen førte til at sjukepleiaren vart forhindra til å skape og oppretthalde ein god og sikker situasjon for den døyande. Det vart derfor eit etisk problem når dette hindra sjukepleiaren sin rolle i å byggje eit tillitsfullt forhold rundt pasienten og pårørande. Dette skapte igjen usikkerhet rundt sjukepleiarane si omsorgsrolle rundt pasienten. På ein annan side vart det problem for sjukepleiaren å utføre plikter mot den som trengde profesjonell hjelp når det var mangel på open kommunikasjon med pasienten og dei pårørande. Som studien belyser førte dette til at pasienten og dei pårørande skjulte sine følelsar frå kvarandre. Dei tørte ikkje å erkjenne dei motstridande eller ubehagelege aspekta rundt situasjonen (Karlsson, et al., 2012, s. 831-838). Slike utfordringar vil føre til motstridande forhold rundt grunnlaget for palliativ omsorg som har som mål om aktiv behandling, pleie og omsorg retta mot pasientar og deira pårørande. Symptomlindring og optimalisering av livskvalitet kan bli svekka om det blir utrygge rammer i heimen og usikkerhet rundt omsorgsrollen til pasienten (Gro, 2014, s. 523) (Karlsson, et al., 2012, s. 831-838).

Ein kan tenkje seg at svikt i kommunikasjon og samarbeid kan svekke grunnlaget for sjukepleie. Som det står i yrkesetiske retningslinjer for sjukepleiarar er grunnlaget for all sjukepleie respekten for det enkelte menneskets liv og ibuande verdigheit. (Norsk

sykepleierforbund, 2016). Svikt i kommunikasjon og samarbeid kan gjere det utfordrande for sjukepleiaren å utføre omsorg i tråd med det yrkesetiske. Det kan difor bli vanskeleg for sjukepleiaren å legge tilrette for god omsorg og møte pasienten sine ønskjer og behov. Kunnskapen må difor ligge til grunne for korleis ein kan møte desse utfordringane for at pasienten skal kunne få det han har rett på (Travelbee, 2001).

5.3 Godt samarbeid viktig for kontinuitet og tryggleik

Gjennom praksis har eg fått erfart at samarbeid mellom heimesjukepleie, fastlege og sjukehus er sentralt for å lukkast med palliativ omsorg, noko som og er beskrive i Flovik & Birkeland, (2014, s. 100).

Samarbeidet med fleire instansar viser viktigheita med å ha eit tett og god dialog. Det er viktig at alle involverte rundt pasienten i behandling og pleie jobbar saman til det beste for pasienten og familien. Som studiar og erfaring viser er det ved overgangen mellom ulike nivå og institusjonar som til dømes utskrivning frå sjukehuset til heimen eller omvendt det oppstår spesielle utfordringar (Aass & Haugen, 2016, s. 122).

Det skapar meir tryggleik for både pasient og pårørande når opning for blandt anna ei returordning til sjukehuset er etablert. Dette vil skape ein viss beredskap og tryggingfaktor for pasient og pårørande. På andre sida vil det vere nødvendig at det er ein koordinator i heimesjukepleien som har tett og god kontakt med pasienten sin fastlege. Dette fordi det er fastlegen som har det overordna ansvaret for koordinering av omsorg og behandling av pasienten. Eg har erfart at informasjonsbehovet hos pårørande aukar mot slutten av sjukdomsforløpet noko som er i tråd med Loge, et al. (2016, s. 277). Pårørande kan ha spørsmål om symptom pasienten utviklar og ut i frå dette om tidsperspektivet når døden kan inntreffe. Det blir difor viktig at sjukepleiaren har fortløpande kontakt med pasientens fastlege om sjukdomsutvikling og endringar i symptombilete, når tida er inne for at pårørande har behov for informasjon.

Vidare er det viktig at koordinatoren har dialog med andre involverte som jobbar tett mot pasienten. Dette kan sikre kontinuiteten i arbeidet betre om det er krevjande oppgåver eller prosedyrar som skal utførast. Om situasjonen endrar seg og pasienten treng endringar i utstyr i heimen blir det viktig å ha dialog med fysioterapeut som kan rekvirere hjelpemidlar til pasienten. Dette kan gi eit heilheitleg, samordna og fleksibelt tenestetilbud som varetek kontinuiteten i tenesta. Forskning viser at sannsyn for heimedød meir enn dobblar seg og gir effekt på symptomkontroll når eit spesialisert palliativt hjelpetilbod føreligg i heimen til pasienten (Aass & Haugen, 2016, s. 123).

Som forskninga viser ser ein at når det er dårleg kommunikasjon og samarbeid mellom dei involverte som har med behandling og oppfølging av pasienten, kan det føre til usikkerheit og etiske utfordringar for både pasient, pårørande og behandlarar i tenesta. Kontinuiteten blir svekka og både pasienten og dei pårørande blir usikre kring oppfølging dei får. Dette kan gå ut over pasienten sitt ønskje om å leve heime i livets slutfase, men også pasientens preferansar i det palliative omsorgstilbodet. På den andre sida ser ein også at det kan ut over kvaliteten i arbeidet som blir gjort av helsepersonell, om dei blir usikre i si tjenesteutøving. Dette vil igjen føre til usikkerhet for både pasienten og pårørande. Det blir også uklart for ulike instansar og behandlarar om kva ansvar og oppgåver dei har rundt pasienten, om det ikkje har blitt kommunisert på førehand. Med dette vil det innebere planen rundt pasienten og kven som har ansvar for dei ulike delande av omsorga pasienten får og har krav på (Seow & Bainbridge, 2018, ss. 38-40) (Ventura et al., 2013, s. 391-402) (Leegaard, 2015, s. 214-215).

5.3.1 Personsentrert omsorg i individuell plan

For å styrke samarbeidet med pårørande vil det vere nødvendig å etablere ein individuell plan for pasienten. Forskninga viser at samarbeid og brukarmedverknad kan styrkast ved tidleg etablering av individuell plan, personsentrerte relasjonar og samhandling. Når ein skal avklare viktige spørsmål om behandling og framtid, kan dette også redusere belastninga til pårørande (Lunde, 2017). På ein annan side vil ein godt utarbeidd individuell plan også gjere det lettare for kartlegginga som sjukepleiaren gjer, for å kunne gi individuelt tilpassa omsorg og for å kunne oppdage endringar i helsetilstanden som krev tiltak (Kirkevold, 2014, s. 122). Dette vil føre til ein gjensidig tryggleik mellom helsepersonell, pasienten og pårørande då

fleire moment er avklart på førehand. I den forstand vil dette også auke kvaliteten på tilbudet til eldre med samansette behov, noko som eg og har erfart i praksis. Erfaringar frå heimesjukepleien er at individuell plan er mindre vanleg blandt eldre. Grunnar til dette kan vere at eldre ofte har tendensar til å akseptere sin eigen helsesituasjon, og at dei i mindre grad krev ein plan for hjelpa dei mottar og har behov for. Sjukepleiaren får då ein viktig funksjon i å gi god og tydelig informasjon om kva ein individuell plan er og formålet med den (Birkeland & Flovik, 2014, ss. 40-41).

Konklusjon

Kommunikasjon med helsepersonell var dei mest rapporterte udekka behova for pasient og pårørande i heimebasert palliativ omsorg. Dette kunne føre til manglande samarbeid og tryggleik, men også dårleg kontinuitet i omsorga. Mangel på samarbeid kunne føre til etiske problemstillingar knytt til pasientens autonomi, verdighet og privatliv. Uvisse kring omsorg situasjonen kunne føre til at sjukepleiaren vart forhindra i å skape ein god og trygg situasjon for den døyande, men også eit tillitsfullt forhold til pasienten.

Depresjon var den vanlegaste psykiske utfordringa hos pasientar med terminal kreftsjukdom, og kunne gi utslag i fysiske symptom. Det var behov for støtte rundt bekymringar, frykt for liding og død og handtering av ei uforutsigbar framtid for pasienten og dens nære. Tryggleik og tillit er heilt avgjerande for pasienten i palliativ omsorg. For at sjukepleiar skal kunne fange opp omsorgsbehov innanfor det åndelege og eksistensielle, men også innanfor symptomhandtering er det nødvendig at det vert etablert eit menneske – til menneske – forhold med pasienten. Sjukepleiaren kan ivareta sjukepleiebehova ved at han brukar ein disiplinert tilnæringsmåte til problem. Dette i kombinasjon med ein terapeutisk bruk av seg sjølv.

Teamarbeid vart trekt fram som er eit av dei viktigaste essensielle komponenta av kvalitet i palliativ omsorg i heimen. God palliativ omsorg inneberer god kommunikasjon med pasient, pårørande og på tvers av tenesta. Samarbeid og brukarmedverknad kan styrkast ved tidleg

etablering av individuell plan og personsentrerte relasjonar. Sjukepleiaren må vere lydhør og sensitiv for pasientens preferansar når ein planlegg og gjennomfører palliative omsorgstilbud. For at fleire palliative pasientar skal få god og verdig behandling i heimen bør ein ha meir fokus på symptomkontroll og god kommunikasjon mellom pasient, pårørande og helsepersonell. Det krev grunnleggande kompetanse på feltet, men også tilgang til spesialisert kompetanse frå ulike fagområde rundt pasient og pårørande.

Bibliografi

- Aass, N., & Haugen, D. F. (2016). Organisering av palliative tilbud. I J. H. Loge, & S. Kaasa (Red.), *Palliasjon: Nordisk lærebok* (3. utg., ss. 116-123). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Arnaert, A. & Wainwright, M. (2009). Providing care and sharing expertise: Reflections of nurse-specialists in palliative home care. *Cambridge University Press*, 7(3), 357-364.
<https://doi.org/10.1017/S1478951509990290>
- Dalene, R., & Brenne, A. (2016). Symptomlindring av den døende pasienten. I J. H. Loge, & S. Kaasa (Red.), *Palliasjon: Nordisk lærebok* (3. utg., s. 649). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving* (5. utg.) Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Dalland, O. & Tygstad, H. (2012). Kilder og kildekritikk. I O. Dalland (Red.), *Metode og oppgaveskriving* (5. utg., ss. 65-79). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Estenstad, B., & Brenne, A. T. (2016). Hjemmedød. I J. H. Loge, & S. Kaasa (Red.), *Palliasjon: Nordisk lærebok* (3. utg., ss. 161-163). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Flovik, A. M., & Birkeland, A. (2014). *Sykepleie i hjemmet* (2. utg.) Oslo: Cappelen Damm.
- Gomes, B. & Higginson, I. J (2006) Factors influencing death at home in terminally ill patients with cancer: systematic review. *US National Library of Medicine National Institutes of Health*, 332 (7540), 515 – 521. Hentet fra
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1388126/>
- Grov, E. K. (2014). Pleie og omsorg ved livets slutt. I M. Kirkevold, M. Brodtkorb, & A. H Ranoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., s. 523-524). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Helsebiblioteket. (2016). *Skjekklistor*. Henta frå
<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistor>
- Helsedirektoratet (2015) *Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen*. (Rundskriv IS 2285). Oslo: Helsedirektoratet. Henta frå
<https://www.helsedirektoratet.no/search?searchquery=Palliasjon%20i%20kreftomsorgen%20-%20handlingsprogram>
- Helse og omsorgsdepartementet. (2008). *Samhandlingsreformen*. (Meld. St. 47 2008-2009.) Henta frå
<https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>

- Karlsson, M., Karlsson, C., Silva, A. B. d., Berggren, I., Söderlund, M. (2012). Community nurses' experiences of ethical problems in end-of-life care in the patient's own home. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 27(4), 831-838. <https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1111/j.1471-6712.2012.01087.x>
- Kirkevold, M. (2014). Samarbeid med pasient og pårørende. I M. Kirkevold, M. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., s. 147). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Kirkevold, M. (2014). Kartlegging. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., s. 122). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Lancker, A. V., Velge, A., Hecke, A. V., Verbrugghe, M., Noortgate, N. V. D., Grypdonck, M., Vehrhaege, S., ... Beeckman, D. (2014). Prevalence of symptoms in older cancer patients receiving palliative care: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Pain and Symptom Management*, 47(1), 90-104. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2013.02.016>
- Leegaard, M. (2015). Pasienters preferanser i palliativ behandling. *Sykepleien Forskning*, 10(3), 214-215. Henta frå <https://sykepleien.no/forskning/2015/10/pasienters-preferanser-i-palliativ-behandling>
- Loge, J. H., Hjermsatd, M. J., & Stensheim, H. (2016). Ivaretagelse av pårørende. I J. H. Loge, & S. Kaasa (Red.), *Palliasjon: Nordisk lærebok* (3. utg., ss. 274-277). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Loge, J. H., & Kaasa, S. (2016). Palliativ medisin - en innledning. I J. H. Loge, & S. Kaasa (Red.), *Palliasjon: Nordisk lærebok* (3. utg., ss. 34-48). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Lunde, S. A. E. (2017). Individuell plan i palliativ fase – ei hjelp til meistring for pårørende - for å sikre tverrfagleg samhandling med pasienten og pårørende. *Sykepleien forskning*, 12(11). <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2017.63670>
- Molnes, S. I. (2014). Sykepleieres erfaringer med smertelindring til hjemmeboende kreftpasienter. *Nordisk sykeplejeforskning* 02(4), 142-145. Hentet fra https://www.idunn.no/nsf/2014/02/sykepleieres_erfaringer_medsmertelindring_til_hjemmeboende
- Norsk sykepleierforbund. (2016). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Henta frå <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere>
- Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L. V., Reinart, L. M. (2012). *Jobb kunnskapsbasert*. Oslo: Akribe.

- Næss, G., & Fermann, T. (2014). Sykepleie til eldre i hjemmesykepleien. I M. Kirevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., ss. 243-244). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- O'Brien, M. R., Klinloch, K., Groves, K. E., Jack, B. A. (2018). Meeting patients' spiritual needs during end-of-life care: A qualitative study of nurses' and healthcare professionals' perceptions of spiritual care training. *Journal of Clinical Nursing*, 28(1-2), 182-189. <https://doi.org/10.1111/jocn.14648>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999) Lov om pasient- og brukkerrettigheter (LOV - 1999-07-02-63). Henta frå https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL_1
- Rosland, J. E., Hofacker, S. V., & Paulsen, Ø. (2006). Den døende pasient. *Tidsskriftet Den Norske Legeforening*, 126.
- Røen, I., & Hirsch, A. (2016). Ivaretagelse av åndelige og eksistensielle behov. I J. H. Loge, & S. Kaasa (Red.), *Palliasjon: Nordisk lærebok* (3. utg., ss. 322-323). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Seow, H., & Bainbridge, D. (2018). A review of the Essential Components of Quality Palliative Care in the Home. *Journal of palliative medicine*, 21(1), 37-44. <https://doi.org/10.1089/jpm.2017.0392>
- Travelbee, J. (2001). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. (1. utg.) Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Trier, E. L. (2015) Lindrende sykepleie. I Knutstad, U (Red.), *Utøvelse av klinisk sykepleie: Sykepleieboken 3*. (2. utg. s. 924). Oslo: Cappelen Damm.
- Ventura, A. D., Burney, S., Brooker, J., Fletcher, J., Ricciardelli, L. (2013). Home-based palliative care: a systematic literature review of the self-reported unmet needs of patients and carers. *SAGE journals*, 28(5), 391-402. <https://doi.org/10.1177/0269216313511141>
- Williams, M. L. & Payne, S. (2003). A qualitative study of clinical nurse specialists' views on depression in palliative care patients. *SAGE journals*, 17(4), 334-338. <https://doi.org/10.1191/0269216303pm747oa>