



Høgskulen  
på Vestlandet

# BACHELOROPPGAVE

Borte bra, men hjemme best?

There's no place like home?

**Kandidatnummer: 156**

Bachelorutdanning i sykepleien

Fakultet for helse- og sosialvitenskap

Campus Førde

Veileder: Terese Bjordal

Innleveringsdato: 07/12-2020

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 12-1

*«Den dagen du kom inn i verden, gråt du, mens dine nærmeste var glade. Lev nå således at den dagen du går bort, da gråter dine nærmeste, mens du selv er glad».*

Søren Kierkegaard (1813-1855), filosof og forfatter.

## Sammendrag

**Tittel:** Borte bra, men hjemme best?

**Bakgrunn:** Hjemmedød er et stort ønske for mange, men forskning viser at få faktisk dør hjemme med hjelp fra hjemmesykepleien. Jeg har møtt på fenomenet hjemmedød i både praksis og på privaten, og ønsket derfor å undersøke hvilke faktorer som har vært med på å sikre en trygg og verdig død for pasienten i sitt eget hjem.

**Problemstilling:** «Hvordan kan sykepleier bidra til en trygg og verdig avslutning på livet i pasientens hjem?»

**Metode:** Oppgaven er en litteraturstudie basert på litteratur og forskning.

**Funn:** Tidspress og mangel på kompetanse og erfaring i hjemmesykepleien kan utfordre pasientens ønske om å dø hjemme. Det må også foreligge et godt etablert samarbeid mellom partene i det tverrfaglige teamet.

**Oppsummering:** For å kunne tilby et palliativt tilbud til pasienter som ønsker å dø hjemme er kompetansen innen feltet nødt til å økes i hjemmesykepleien. Det må etableres en god relasjon mellom sykepleier og pasienten og de pårørende. De pårørende er også nødt til å støtte pasienten i ønsket om å dø hjemme, da de er en stor og viktig ressurs. Sykepleier og det tverrfaglige teamet må legge til rette for brukermedvirkning for å kunne sikre et tilbud som består av pasientens og de pårørendes ønsker i denne sårbare situasjonen. Det må også være etablert et godt samarbeid mellom partene i det tverrfaglige teamet for å sikre et godt og forsvarlig tilbud til pasienten.

**Nøkkelord:** terminal fase, palliativ omsorg, hjemmedød, sykepleie, relasjon, tverrfaglig samarbeid

## Abstract

**Title:** There's no place like home?

**Background:** Home death is at huge wish for a lot of people, but studies shows that a few dies at home with the help from homebased nursing facilities. I've been a part of home death in both school related situations and personally within my family, so therefore I wanted to investigate what factors have helped to ensure a safe and dignified death for the patient in their own home.

**Aim:** "How can the nurse contribute to a safe and dignified end to life in the patient's own home?"

**Method:** The thesis is a literature study based on literature and research.

**Findings:** Time pressure and lack of competence and experience in home nursing can challenge the patient's desire to die at home. There must also be a well-established collaboration between the parties in the interprofessional team.

**Summary:** In order to be able to offer a palliative service to patients who want to die at home, the competence in the field must be increased in home nursing. A good relationship must be established between the nurse and the patient and the relatives. The relatives also have to support the patient in the desire to die at home, as they are a great and important resource. The nurse and the interprofessional team must facilitate user participation in order to ensure an offer that consists of the patient's and the relatives' wishes in this vulnerable situation. A good collaboration must also be established between the parties in the interprofessional team to ensure a good and sound offer to the patient.

**Keywords:** terminal phase, palliative care, home death, nursing, safe, dignity, relations, interprofessional collaboration

## Innholdsfortegnelse

<b>1 Innledning</b> .....	<b>1</b>
1.1 Bakgrunn for valg av tema.....	1
1.2 Problemstilling og avgrensning.....	2
1.3 Begrepsavklaring.....	2
1.4 Oppgavens oppbygging.....	3
<b>2 Metode</b> .....	<b>4</b>
2.1 Litteraturstudie som metode.....	4
2.2 Valg av litteratur.....	5
2.2.1 Søkeprosessen ved søk etter forskningsartikler .....	5
2.2.2 Valg av annen litteratur.....	6
2.3 Kildekritikk.....	6
<b>3 Teoridel</b> .....	<b>7</b>
3.1 Relasjon og kommunikasjon.....	7
3.2 Palliativ sykepleie i hjemmet.....	8
3.3 Tverrfaglig samarbeid i hjemmesykepleien.....	9
3.4 Sykepleier.....	10
<b>4 Resultat/funn</b> .....	<b>11</b>
4.1 "Palliative nurses' strategies when working in private homes – A photo-elicitation study" (Alvariza, Mjörnberg & Goliath, 2019).....	11
4.2 "Individual care plan at the palliative stage – helping relatives to cope" (Lunde, 2017).....	12
4.3 "Experiences and challenges of home care nurses and general practitioners in home-based palliative care – a qualitative study" (Danielsen, Sand, Rosland & Førland, 2018) .....	12
4.4 "Home-care nurses' experience with medication kit in palliative care" (Staats, Tranvåg & Grov, 2018).....	13
4.5 "Heimesjukepleiarens perspektiv på forhold som fremjar palliasjon i heimen» (Røgnes, Moen & Grov, 2013).....	13
<b>5 Drøfting</b> .....	<b>14</b>
5.1 Den viktige relasjonen.....	14
5.2 Pasient og pårørende i sentrum.....	17
5.3 Det tverrfaglige samarbeidet .....	19
<b>6 Avslutning</b> .....	<b>21</b>
<b>7 Kildeliste</b> .....	<b>23</b>
<b>8 Vedlegg</b> .....	<b>27</b>

# 1 Innledning

De siste 28 årene har antallet mennesker som mottar hjemmesykepleie økt drastisk, samt at casene er blitt mer komplekse, pasientene er sykere og mer hjelpetrengende enn tidligere (Fjørtoft, 2016, s.11). Selv om flere får sykepleie i hjemmet er det fortsatt få som dør hjemme, de fleste dør i helseinstitusjoner (FHI, 2018). I Norge skal det tilrettelegges for at personen selv skal kunne få velge hvor den vil dø. For mange er hjemmet en trygg arena hvor de er omringet av kjente omgivelser og de den har kjærest (Fjørtoft, 2016, s.78).

Ved å tilrettelegge for flere dødsfall i hjemmet vil det kunne være med å fremme at vi får ett mer naturlig forhold til døden og det kan også være med på å styrke tilhørigheten til familien (Meld. St. 29 (2012-2013), s.25).

Sykepleiefaglig perspektiv: Som sykepleier i Norge har vi de yrkesetiske retningslinjene å forholde oss til. De gir oss en pekepinn på hva som er grunnlaget for all sykepleie som ytes, og hvordan sykepleier skal forholde seg til ulike aspekter i arbeidet. Blant annet skal sykepleier bidra til at pasienten får en naturlig og verdig død, og at han ikke dør alene. Sykepleier har også ett ansvar ovenfor pårørende og ivaretagelse av de (Norsk Sykepleierforbund, 2019).

Samfunnsfaglig perspektiv: I Norge og den vestlige verden skjer de aller fleste dødsfall på institusjon. Andelen som dør hjemme i Norge ligger stabilt på rundt 15 % uavhengig av diagnose, dette gjør at vårt land sammenlignet med andre vestlige land ligger i bunnen når det kommer til hjemmedød. Det er også stor forskjell mellom kommuner i Norge, hvor de kommunene med høyst andel hjemmedød ligger på ca. 40%, mens de laveste er ned mot 10% og under (Brenne og Estenstad, 2016).

## 1.1 Bakgrunn for valg av tema

I denne bacheloroppgaven har jeg valgt å se på hjemmet som arena for den terminale fasen i livet. Den terminale fasen er når en pasient lider av en uhelbredelig sykdom og trolig vil dø i nær fremtid – dager eller timer (Slaaen et al., 2016). I hjemmesykepleien hadde vi en case hvor det var en pasient med terminal sykdom som ønsket å dø hjemme. Det ble bestemt at det var noe hjemmesykepleien skulle

tilrettelegge for, så lenge det var etisk og faglig forsvarlig. Jeg har også opplevd hjemmedød på privat plan, og er nysgjerrig på hvilke faktorer som gjør at dette er mulig.

## 1.2 Problemstilling og avgrensning

### **Hvordan kan sykepleier bidra til en trygg og verdig avslutning på livet i pasientens hjem?**

I denne oppgaven har jeg valgt å skrive om pasienten i den terminale fasen uavhengig av hvilken diagnose han har. Jeg velger å avgrense alder til voksne over 60 år. Jeg ønsker å definere en trygg og verdig avslutning på livet som en situasjon der pasienten ikke er alene, men omringet av sine kjære. Pasienten mottar sykepleie i regi av hjemmesykepleien, og bor med pårørende. Pårørende blir i oppgaven definert som nær familie, men jeg ser vekk ifra mindreårige pårørende. Grunnen til dette er at barn som pårørende er et stort tema som fortjener en egen oppgave. Jeg velger å se vekk ifra om pasienten nylig har vært innlagt på sykehus eller korttidsopphold på sykehjem før den terminale fasen. Det er vesentlig med symptomlindring i denne fasen og det blir nevnt i oppgaven, men blir ikke vektlagt i så stor grad. Ivaretagelse av eksistensielle og åndelig behov er også viktig for den døende, men vil ikke bli vektlagt i oppgaven.

Individuell plan vil bli drøftet i oppgaven og jeg vil gå utfra at denne er opprettet i samarbeid med pasienten og de pårørende i ett tidligere stadiet i den palliative fasen slik at den kan være et verdifullt verktøy når pasienten kommer til den terminale fasen.

For å overholde etiske prinsipper og min taushetsplikt vil egne erfaringer fra praksis være anonymisert.

## 1.3 Begrepsavklaring

Palliativ omsorg: Ordet palliativ kommer fra latinske «palliere», som betyr «å dekke med en kappe». Sykepleier kan ved palliativ omsorg yte den lindring og omsorg pasienten og pårørende trenger i den siste fasen av livet til pasienten. Palliativ

behandling har som hensikt å lindre symptomene til den døende pasienten, for å gi en verdig avslutning på livet (Trier, 2013, s. 895).

Pårørende: Begrepet pårørende brukes i helsetjenesten synonymt med nettverket til pasienten. I dagens samfunn vil det være for snevert og kun betegne familie som pårørende. Det er ofte nær familie som barn, ektefelle eller foreldre som er pårørende, men det kan også være en nær venn, nabo eller fjerne slektninger (Fjørtoft, 2016, s.101).

Verdighet: Det er vanskelig å finne en konkret definisjon på verdighet, men det kan forklares som en subjektiv følelse av å bli verdsatt, respektert og bekreftet som en egen person (Aakre, 2011).

Relasjon: Når man danner en relasjon med et annet menneske vil deres situasjon påvirke oss. For eksempel kan vi bli følelsesmessig påvirket dersom pasienten har det vondt fordi vi har en tilknytning til pasienten. Vi danner relasjoner fra dagen vi er født og de blir med oss gjennom livet på godt og vondt (Kristoffersen og Nordtvedt, 2017, s. 90).

Mestring: Mestring kan forklares som menneskets evne til å håndtere livets påkjenninger. Dette kan være for eksempel være sykdom og store forandringer i livet, som fører til at mennesket må tilpasse seg en endret livssituasjon (Hummelvoll, 2016, s. 37).

#### 1.4 Oppgavens oppbygging

Oppgaven er bygd opp av 6 kapitler. Kapittel 1 åpner oppgaven og forteller noe om hva oppgaven skal handle om. I kapittel 2 finner man metodedelen, som består av hvilke metode som er brukt i oppgaven, PICO, litteratursøk og kildekritikk. Kapittel 3 består av teori, hvor jeg presenterer relevant teori for å belyse oppgavens tema. Kapittel 4 består av resultat og funn knyttet til forskningsartiklene. I kapittel 5 fremgår det drøfting i lys av teori, forskning og egen erfaring. Til slutt i kapittel 6 vil det være en avslutning.



## 2 Metode

Metode er en fremgangsmåte som brukes når man skal tilegne seg kunnskap for å kunne svare på en problemstilling. Metode er et hjelpemiddel som kan brukes når man skal samle inn data slik at man kan jobbe på en systematisert måte (Dalland, 2017, s. 51). Den norske sosiologen Vilhelm Aubert forklarte metode slik: «Metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener formålet, hører med i arsenalet av metoder» (Dalland, 2017, s. 50)

Kvantitativ metode beskrives som den naturvitenskapelige og forklarende metoden. Dette vil si at det kvantitative er noe vi kan observere og regne ut med logiske sanser. Den gir data i målbare enheter og får frem det som er felles. Den kvantitative metoden vil gi et overblikk på målbare data uten at man går i dybden, og man sitter igjen med breddekunnskap (Dalland, 2017, s. 52).

Kvalitativ metode beskrives som den humanvitenskapelige og forstående metoden. Hensikten med den kvalitative metoden er å sitte igjen med kunnskap om menneskelige egenskaper, som for eksempel erfaringer, meninger og opplevelser. Den kvalitative metoden vil gi oss dybdekunnskap og dette kommer av at man får mye informasjon fra få undersøkelsesenheter (Thidemann, 2019, s. 76).

I min bacheloroppgave har jeg valgt ut fem artikler for å belyse problemstillingen. Fire av artiklene er kvalitative studier, mens den siste artikkelen er basert på er kvantitativ studie.

### 2.1 Litteraturstudie som metode

Ved å ta i bruk litteraturstudie som metode vil man ikke fremskaffe nye data, men ta i bruk eksisterende fagkunnskap, forskning og teori (Dalland, 2017, s. 207). Når man bruker denne studiemetoden, jobber man systematisert med innsamling av data og går kritisk igjennom den. Hensikten med oppgaven er å kunne gi leseren en systematisert oppgave som gir en god forståelse av tema og med oppdatert kunnskap (Thidemann, 2019, s. 78).

## 2.2 Valg av litteratur

I denne delen av oppgaven kommer en forklaring på hvilke metode som er brukt i oppgaven og søkeprosessen for å finne forskningsartikler. Det blir også redegjort for valget av annen litteratur som er brukt, i hovedsak pensumlitteratur.

### 2.2.1 Søkeprosessen ved søk etter forskningsartikler

For å søke etter forskningsartikler til oppgaven brukte jeg databasene Medline EBSCO og Swemed+, som jeg fant via HVL sine søkeressurser for sykepleiefaget. Jeg valgte å bruke tilgangen Medline EBSCO fordi da fikk jeg søkt i Medline, Academic Search Elite og CINAHL samtidig, som ga tilgang til flere artikler på en gang. Videre for å limitere søkene har jeg huket av for «Scholarly (Peer reviewed) Journals» som førte til at søket ble innskrenket til kun forskningsartikler. Artikkene jeg har valgt er alle skrevet mellom 2010-2020. Grunnen til at jeg valgte å se etter artikler i dette tidsrommet er for å sikre meg at forskningen er relevant for dagens samfunn og utøvelse av faget. Eldre artikler kan også være aktuelle, men jeg har valgt ut nyere artikler for å sikre at de er relevante for dagens samfunn. Ved alle søk ble det gjort en gjennomgang av overskriftene til artiklene, hvor jeg valgte ut de som virket mest aktuelle. Videre har jeg lest abstraktet til artiklene nøye for å finne ut om de er relevante for bruk i oppgaven min.

For å systematisere søket tok jeg også i bruk PICO-skjema. PICO skjemaet vil kunne gjøre det lettere å finne søkeord og arbeide kunnskapsbasert. Ved å ta i bruk dette skjemaet kan man gjøre litteratursøket så presist som mulig, ved å dele opp spørsmålet og strukturere det på en hensiktsmessig måte (Nortvedt et al., 2012, s. 33). Ved å bryte opp min problemstilling i PICO-skjemaet, kom jeg frem til disse engelske søkeordene: palliative care, home death, nurse, home care, terminal care, caring, at home og individual plan. Jeg valgte å kombinere søkene mine med AND som bindeord, da jeg var på utkikk etter artikler som inneholdt flere av ordene samtidig. Dette førte til at jeg fikk artikler som var så konkretiserte som mulig for mitt tema. I oppgaven er det benyttet engelske søkeord for å finne internasjonal forskning og flere resultater som er relevant for min oppgave.. For å finne de engelske søkeordene har jeg brukt både egen oversetting og MeSH, for å sikre at det var riktig oversettelse av faguttrykkene. MeSH er et hjelpemiddel for oversetting av medisinske

faguttrykk, og kan brukes for å komme frem til så presise søkeord som mulig (Aasen, 2020).

Artiklene som er valgt til oppgaven er fagfellevurdert, noe som vil si at de er gjennomgått en vurderingsprosess for å kontrollere kvaliteten og viktigheten av publikasjonen. Vurderingen gjøres av andre eksperter innenfor fagfeltet (Nortvedt et al., 2012, s. 197).

Vedlegg 1 viser oversikt over søkeprosessen.

### 2.2.2 Valg av annen litteratur

For å finne relevant faglitteratur har jeg gjennomgått pensumlitteratur. Jeg har funnet teori om palliativ omsorg og den terminale pasienten, hjemmesykepleie og tverrfaglig samarbeid, sykepleieteori, kommunikasjon og relasjon. Jeg har også lest andre bacheloroppgaver med samme tematikk for å kunne finne andre relevante kilder. Jeg har også tatt i bruk yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere og det norske lovverket. Sider som folkehelseinstituttet, helsebiblioteket og sykepleien.no er også nettressurser som er brukt.

### 2.3 Kildekritikk

Kildekritikk kan deles inn i to deler. Den første delen handler om å finne frem til den litteraturen som passer best til å belyse problemstillingen, og dette blir omtalt som kilde- eller litteratursøk. Del nummer to handler om å gjøre rede for den litteraturen man har valgt for å belyse oppgavens problemstilling. Man må kunne forholde seg kritisk til valgt litteratur og fastslå om opplysningene man har funnet er troverdige. Videre må man vurdere hvor relevant kilden er for temaet eller problemstillingen i oppgaven (Dalland og Trygstad, 2017, s. 152-153).

Når jeg har gjennomgått artikler har jeg først og fremst valgt ut artikler som er oppsatt etter IMRAD-strukturen. Dette gjør det lettere å fastslå at det er en forskningsartikkel. Dersom artikkelen oppfyller kriteriene til IMRaD-strukturen er det en vitenskapelig artikkel, men dette kan også variere da noen forskningsartikler har en annen oppbygging. En vitenskapelig artikkel skal være publisert og har ofte en introduksjon, en metodedel, resultater av funn og en diskusjonsdel av det som har kommet frem i

studiet (Thidemann, 2019, s. 66-69). Alle artiklene jeg har valgt er bygd opp etter denne strukturen.

Jeg har i denne oppgaven plukket ut fem forskningsartikler for å belyse tema. Fire av forskningsartiklene er skrevet på engelsk og en er på nynorsk. En av forskningsartiklene er skrevet i Sverige, og baserer seg på hjemmesykepleien der. Dette kan føre til feiltolkning av resultat, da konteksten kan variere fra hvordan helsetjenesten er organisert i forhold til Norge. Artiklene som er skrevet på engelsk kan feiltolkes på grunn av at de er skrevet på et annet språk enn mitt morsmål. En annen ting å være oppmerksom på er muligheten for feiltolkning av pensumlitteratur grunnet sekundærkilder som blir brukt.

### 3 Teoridel

I denne delen av oppgaven kommer jeg til å fremlegge teori som blir relevant for drøftingen i oppgaven.

#### 3.1 Relasjon og kommunikasjon

I hjemmesykepleien er relasjon og kommunikasjon grunnleggende for å få til et godt samarbeid. En relasjon er en forbindelse mellom mennesker og er viktig for å skape trygghet. Innad i relasjonen kommuniserer vi via tegn og signaler for å få frem et budskap som må tolkes av mottaker (Eide og Eide, 2007, s. 17). Denne kommunikasjonen bestemmer hvor nær man blir med pasient og pårørende. Kommunikasjonen må bestå av mer enn bare informasjon, det handler også om kunsten å lytte og stå i det når pasienten lider (Kalfoss, 2017, s. 460). Ved relasjonsbygging er kommunikasjon en viktig del. Kommunikasjonen er en prosess hvor både en selv og andre blir påvirket, og det oppstår ett samspill mellom partene som kommuniserer og det vil være mulig å utvikle en felles forståelse.

Kommunikasjon kan være både verbal og non-verbal, noe som gjør at vi bruker hele oss når vi kommuniserer (Hummelvoll, 2016, s. 420). Den non-verbale kommunikasjonen styrker den verbale kommunikasjonen vår. Den ordløse kommunikasjonen kan forsterke, motsi eller dempe budskapet. Non-verbale kommunikasjon kan også erstatte den verbale kommunikasjonen vår (Hummelvoll,

2016, s. 425). Ved å være seg selv, ekte og nær har sykepleier mulighet til å få en presis subjektiv opplevelse av pasientens og pårørendes verden, sykepleier vil da kunne få en forståelse av følelsene deres. Dette vil være nødvendig for både de gode og dårlige opplevelsene (Hummelvoll, 2016, s.422).

### 3.2 Palliativ sykepleie i hjemmet

Den engelske sykepleieren Dame Cicely Saunders regnes som palliasjonens mor, og hun var den første i historien til å starte et hospice, hvor pasientene ble innlagt for palliativ pleie. Hun hadde en idé som omhandlet at smertelindring hos den døende pasienten ikke handlet om kun fysisk smerte, men adresserte også de andre aspektene den døende kunne føle. Hun omtalte dette som «total pain», hvor man ser utfordringer knyttet til fysisk og psykisk smerte, følelsesmessige, sosiale og åndelige reaksjoner man kunne kjenne på i møte med døden (Morland, 2016). Dette konseptet innen palliativ pleie er blitt grunnlaget for hjemmedød, og det har siden Saunders tid vært tilstrebet å legge til rette for hjemmedød. (Brenne og Estenstad, 2016). Målet for pleien er å oppnå best mulig livskvalitet i sykdomsforløpet, hverken fremskynde eller utsette døden, men lindre lidelse, pleie den døende og følge opp pårørende etter dødsfallet (Trier, 2013, s. 896).

Hjemmesykepleie er ett tilbud for hjemmeboende pasienter når sykdom og livssituasjon fører til at de trenger koordinert hjelp og oppfølging over enten kort eller langvarig periode. Dette tilbudet er lovfestet i den norske lov (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, §3-1). Tilbudet er ikke begrenset til alder eller sykdom, men skal tilbys alle som trenger nødvendig helsehjelp i hjemmet (Fjørtoft, 2016, s.17). Pasienten har rett til å medvirke til sin egen behandling og stille krav til helsetjenestene som ytes (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-1).

Når sykepleier går inn i hjemmet til pasienten, trår man over dørstokken fra det offentlige til det private. Hjemmet er mer enn bare fire vegger og ett tak over hodet, det er en samling av opplevelser, følelser og hendelser. Alle pasienter vi møter vil ha ulike meninger, historier, drømmer, håp, behov og ressurser. Hjemmet er som regel en trygg arena hvor vi bestemmer hva som er akseptabelt og ikke. Dette krever at sykepleier tilpasser seg pasientens regler og rytmer så langt det går, og at man viser respekt for pasienten i deres hjem (Fjørtoft, 2016, s. 27).

Kontinuitet er viktig i hjemmesykepleien, men det kan også være en utfordring. Det er mange ansatte som får forskjellige oppgaver fra dag til dag. Personkontinuitet omhandler relasjon og samhandling med pasient og pårørende (Fjørtoft, 2016, s. 187). Tidspress er en utfordring som ofte blir trukket frem når det kommer til hjemmesykepleien. Det er høye krav og mange oppgaver man skal få tid til i løpet av en dag, og noen ganger strekker ikke tiden til. Tidspresset er med på å påvirke samhandlingen og relasjonen mellom sykepleier, pasient og pårørende (Fjørtoft, 2016, s. 165).

### 3.3 Tverrfaglig samarbeid i hjemmesykepleien

I hjemmesykepleien er ett tverrfaglig samarbeid grunnleggende for å gi sammensatt helsehjelp til pasienten. Ved behov for langvarige og koordinert tjenester har pasienten krav på en individuell plan, videre omtalt som IP, og en koordinator som følger opp den individuelle planen (Pasient- og brukerrettighetsloven 1999, §2-5). IP skal utarbeides i samarbeid med kommunehelsetjenesten, spesialisthelsetjenesten, pasienten og pårørende, og andre tjenesteytere som er aktuelle. Pasienten må gi ett samtykke før IP kan lages, og det er en skriftlig og detaljert samarbeidsplan (Fjørtoft, 2016, s. 209). Autonomi er pasientens egne evne til å ivareta sine interesser og dette må respekteres for å sikre brukermedvirkning. Vi er vant med å ha stor kontroll over egne valg og hvordan vi lever, og dette er også noe som er viktig å vektlegge når personen blir til pasient (Kristoffersen og Nortvedt, 2017, s. 103).

Viktige samarbeidspartnere i det tverrfaglige teamet for å planlegge hjemmedød er blant annet pasienten og pårørende, fastlege, palliativt team og hjemmetjenesten. Det palliative teamet skal bidra med bred kompetanse og kan da være en ressurs som bidrar til rådgiving og veiledning for hjemmesykepleien (NOU 2017: 16, s. 94). For å kunne gi pasienten best mulig sammensatt helsehjelp foreligger det at det er god samhandling mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten (Fjørtoft, 2016, s. 193). Spesialisthelsetjenesten er pliktet til å samarbeide med kommunen (Spesialisthelsetjenesteloven, 1999, §2-1e).

Når en pasient er alvorlig syk, påvirker dette også de pårørende. I hjemmesykepleien ansees pasientens pårørende som en ressurs og samarbeidspartner. For at en person skal kunne få dø hjemme, er det en forutsetning at pårørende er med på

beslutningen og er til stede under prosessen (Fjørtoft, 2016, s.111). Det stilles store krav til de pårørende når pasienten kommer med et ønske om å dø hjemme. Man er nødt å finne ut hvilke ressurser de pårørende har, hvilke relasjon de har til pasienten og hva de har mulighet til å stå i når ting blir tøft (Stensheim et al., 2016, s. 275).

Dagens omsorgstilbud i hjemmet krever også at helsesektoren er nødt å samhandle med de pårørende slik at de føler at de er en verdifull ressurs, men ikke blir utnyttet (Meld. St. 29 (2012-2013), s.59).

De pårørende til pasienten og pasienten selv har et meget stort behov for informasjon, og det er lovfestet i den norske lov at de har rett på informasjon (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §1-3). Informasjonssamtaler tidlig i forløpet er en god løsning slik at de involverte partene ikke blir overrasket over informasjon underveis. Ved å gi informasjon tidlig legger man også til rette for at partene kan stille spørsmål og de kan da forberede seg bedre (Stensheim et al., 2016, s. 276). Ofte sees det at informasjonsbehovet til de pårørende er stabilt stort eller øker mot slutten av sykdomsforløpet, mens pasientens behov minker når han nærmer seg døden (Stensheim et al., 2016), s. 277).

### 3.4 Sykepleier

Sykepleieteoretiker Virginia Henderson definerer sykepleiers funksjon som identifisering av pasientens behov og deretter hjelpe vedkommende til å oppnå best mulig helse. Pasienten omtales som er person som ikke har vilje eller kunnskap til selv å opprettholde funksjoner som leder til god helse, og det er her sykepleier kommer inn for å hjelpe pasienten med å dekke disse behovene (Mathisen, 2011, s. 154-155). En viktig ferdighet hos sykepleier omtales som det «kliniske blikket». Dette er sykepleiers evne til å samle inn data om pasienten ved å observere og bruke egne sanser for å få en forståelse av situasjonen. Sansene som blir tatt i bruk er syn, hørsel, lukt og berøring. Sykepleier må videre bruke sin kompetanse for å vurdere og tolke observasjonene og sette i gang tiltak for å kunne bedre situasjonen (Kristoffersen, 2017, s. 157). Sykepleier må kjenne til kroppens normale fysiologiske prosesser for å kunne skille dette mot unormale endringer som gjør at tiltak må igangsettes. Gjennom klinisk kompetanse kan sykepleier da vurdere hvilke tilstander som må observeres og vurderes videre, og hvilke tilstander som krever umiddelbare tiltak igangsatt (Nortvedt og Grønseth, 2017, s. 24). Det er viktig med rett

kompetanse på rett plass, og det stilles krav til at sykepleier har denne kompetansen. Helsepersonelloven setter krav til at sykepleier ikke skal handle utenfor sin kompetansegrad og at all helsehjelp skal utføres på en forsvarlig måte (helsepersonelloven, 1999, §4).

I møte med den døende må sykepleier være forberedt på å kunne stå i mye lidelse, bekymring og uro, og man er nødt til å kunne kommuniserer med pasient og pårørende på et dypt personlig nivå (Trier, 2013, s. 896).

## 4 Resultat/funn

I denne delen av oppgaven blir de aktuelle forskningsartiklene presentert med studiets formål, metode og funn.

### 4.1 “Palliative nurses’ strategies when working in private homes – A photo-elicitation study” (Alvariza, Mjörnberg & Goliath, 2019)

**Formål:** Utforske erfaringene til sykepleiere som jobber med palliativ omsorg i pasientens hjem.

**Metode:** Kvalitativ studie med blanding av individuelle intervjuer og bidrag fra sykepleier med bilder. Bildene ble brukt for å skape en dypere kontekst enn kun det tale kan frembringe. Sykepleierne som ble valgt ut til studien jobbet i større tverrfaglige team.

**Funn:** Hjemmet er en arbeidsplass sykepleier er nødt å bli invitert inn til for å kunne utøve sykepleie. Det er viktig at hjemmet blir pasientens og pårørendes område hvor de styrer, og sykepleier er invitert inn, slik at man ikke overtramper hjemmets grenser. Sykepleier blir invitert til å delta i avgjørelser om hvordan, når og hvor pleien skal ta sted. Sykepleier jobber med pasient og pårørende for å oppnå mestring. Det er viktig å fremme mestring hos pasient og pårørende, slik at de kan ta aktiv del i behandling. Sykepleier må finne en måte å kommunisere godt med pasient og pårørende i henhold til endringer som skjer i hjemmet i den terminale fasen. Hjemmet måtte tilrettelegges med riktig utstyr for den terminale pasienten og det var nødvendig å finne en måte å gjøre dette med respekt for pasienten.



#### 4.2 “Individual care plan at the palliative stage – helping relatives to cope” (Lunde, 2017)

**Formål:** Utforske hvordan en individuell plan for den palliative omsorgen kan hjelpe pårørende å håndtere situasjonen.

**Metode:** Kvalitativ studie med fokusgruppeintervju for å innhente subjektiv data. Intervjuobjektene ble satt i grupper hvor de diskuterte ulike tema og erfaringer. Intervjuobjektene var voksne pårørende som hadde vært med å utforme en individuell plan i den palliative fasen.

**Funn:** Intervjuobjektene beskrev en utfordrende hverdag med en konstant årvåkenhet. I denne vanskelige hverdagen var den individuelle planen til stor støtte. Innholdet i planen sikret riktig bruk av ressurser og en strukturert prosess som førte til en følelse av betydning og sammenheng. Den hjalp de pårørende til å føle håp, at de var en viktig ressurs og var en del av et team rundt pasienten.

#### 4.3 “Experiences and challenges of home care nurses and general practitioners in home-based palliative care – a qualitative study” (Danielsen, Sand, Rosland & Førland, 2018)

**Formål:** Hensikten med oppgaven er å oppnå en dypere innsikt om forholdene som kan føre til at pasienten får mer tid hjemme på slutten og hva som trengs for å legge til rette for flere dødsfall i hjemmet hos pasienter som har en terminal sykdom og kort forventet levetid.

**Metode:** Det ble brukt en kvalitativ metode med fire fokusgrupper bestående av totalt 19 helsepersonell fra hjemmesykepleien og fastleger. Det var to fokusgrupper bestående av fastleger, en bestående av kun sykepleiere og en gruppe bestående av både sykepleiere og assistenter i hjemmetjenesten. Alle sykepleierne som deltok, hadde relevant videreutdanning og hadde nylig deltatt i ett kurs i palliativ omsorg.

**Funn:** For å oppnå optimal palliativ omsorg i hjemmet er det nødt å være et nært samarbeid mellom pasient, pårørende, hjemmesykepleien og fastlegen. Det er nødt å etableres en god relasjon tidlig i forløpet med pasienten og pårørende. Tverrfaglig samarbeid er essensielt for å ha riktige ressurser knyttet til tilbudet. Man er også nødt

å jobbe for å unngå re-innleggelse på sykehuset ved å øke kompetansen i primærhelsetjenesten.

#### 4.4 “Home-care nurses’ experience with medication kit in palliative care” (Staats, Tranvåg & Grov, 2018)

**Formål:** Studien har formulert to forskningsspørsmål. Første spørsmål var at de ønsket å utforske hvilke forhold som legger til rette for at sykepleier skal ta i bruk medikamentskrinet for tilstrekkelig symptomlindring hos pasienter i den terminale fasen. Det andre forskningsspørsmålet var at de ville finne ut av hvilke forhold som hindrer at sykepleier tar i bruk medikamentskrinet i symptomlindring hos den terminale pasienten.

**Metode:** I studien er det brukt et kvalitativt, beskrivende og utforskende design. Det er brukt både fokus gruppe intervjuer og individuelle dybde intervjuer i datasamlingen

**Funn:** Faktorer som fremmet bruken av medikamentskrinet: klare retningslinjer for bruken av medikamentskrinet sikret høyere selvtillit hos sykepleier, planlegging er essensielt for en optimal prosess og et godt samarbeid med tilgjengelig behandler. Faktorer som hindret bruken av medikament skrinet: medikament skrinet ble brukt for sjeldent til at sykepleier ble trygg på hvordan det skulle brukes, manglende selvtillit i egen kompetanse om vurderingen av symptomer som trengte medikamentlindring og manglende dekning av sykepleierressurs på nattevakter.

#### 4.5 “Heimesjukepleiarens perspektiv på forhold som fremjar palliasjon i heimen» (Røgnes, Moen & Grov, 2013)

**Formål:** Hensikten med studien er å finne ut hva sykepleier vektlegger som fremmende faktorer for lengst mulig hjemmetid for pasienten i en palliativ fase. Studien fokuserer på sykepleier som jobber i hjemmesykepleien som målgruppe, og utforsker hva sykepleierne mener fremmer palliasjon i hjemmet.

**Metode:** Studien har brukt et ikke-eksperimentelt, deskriptivt design med kvantitativ metode. Det var 189 sykepleiere i hjemmetjenesten som deltok i studien.

**Funn:** Kunnskap og erfaring hos helsepersonellet er viktig faktor for å kunne oppnå best mulig livskvalitet for den palliative pasienten. God planlegging og organisering av tilbudet kan føre til at pasient og pårørende opplever å bli godt ivaretatt av en fungerende tjeneste. Tidlig kontakt med pasienten gjør at man bli bedre kjent og sykepleiere kan over tid vurdere pasienten for å planlegge og sette i gang tiltak. Sykepleiere vektlegger at den mellommenneskelige relasjonen er helt avgjørende for god pleie. Videre er informasjon *til* pasienten og kommunikasjon *med* pasienten og de pårørende essensielt for å oppnå mest mulig hjemmetid. Samarbeidet med pasienten og pårørende er avgjørende for å oppnå en god død.

## 5 Drøfting

I denne delen av oppgaven vil jeg drøfte de ulike funnen fra forskningsartiklene sammen med litteratur fra teoridelen og egen erfaring for å kunne belyse min problemstilling; **Hvordan kan sykepleier bidra til en trygg og verdig avslutning på livet i pasientens hjem?**

### 5.1 Den viktige relasjonen

For å gjøre pasientens siste levetid hjemme mest mulig verdig og trygg foreligger det at helsepersonell må samarbeide tett med pasienten og pårørende (Grov et al., 2013, s. 64). Det er viktig å ha etablert en god relasjon mellom helsepersonell, pasient og pårørende når man for eksempel kommer til de «vanskelige samtalene». Dette kan for eksempel være samtalen om når man skal avslutte livsforlengende behandling og når man skal formidle at det kan være kort tid igjen før pasienten dør (Stensheim et al., 2016, s. 277.)

Hva er med på å fremme en god relasjon mellom sykepleier, pasient og pårørende? Ved at sykepleier er til stede i situasjonen både fysisk og psykisk blir det lettere å skape den gode relasjonen, og dette legger til rette for at man kan være til støtte for både pasienten og de pårørende (Røgnes et al., 2013, s.66). Det første møte med pasienten og pårørende er med på å sette rammene for det videre samarbeidet i den terminale fasen. Når sykepleier kommer inn i det private rommet til pasienten er det en forutsetning at man tilpasser seg etter pasientens regler og rytmer. Når man

kommer inn i hjemmet kan man enten bidra til økt eller krenket hjemmefølelse. Målet i hjemmesykepleien er at hjemmet skal forbli et hjem hvor pasienten bestemmer (Nortvedt, 2016, s.34). Maktbalansen mellom pasienten og sykepleier blir mer jevn i pasientens hjem, enn hvis pleien for eksempel tar plass på en institusjon (Alvariza et al., 2019, s. 142).

Jeg har alltid vært opptatt av å gi ett godt første inntrykk til de jeg møter slik at det blir lettere å etablere en god relasjon. I praksis møtte jeg en pasient som på forhånd hadde blitt omtalt som vanskelig og frekk. I møtet med pasienten fikk jeg utfordret mine egne holdninger. Jeg var ydmyk og viste respekt ovenfor han og hans rutiner i hjemmet. Dette førte til et utrolig fint øyeblikk for både meg og pasienten. Han fikk mestringsfølelse når han viste meg hvordan han ønsket å utføre sine daglige rutiner og prosedyrer, og jeg fikk lagt til rette for en pleiesituasjon preget av at pasienten følte seg hørt og brukermedvirkning ble satt i fokus. Når jeg gikk fra pasienten den dagen kunne jeg se at kroppsspråket hans hadde forandret seg fra anspent til avslappet og han takket for god pleie og sa at han håpet han fikk se meg igjen. Jeg opplevde han aldri som denne frekke vanskelige pasienten som ble beskrevet, og jeg tror det er fordi jeg tilpasset meg når jeg kom inn i hans hjem, og viste aksept og respekt ovenfor han og hans valg.

I en sårbar situasjon hvor pasienten ligger for døden er trygghet essensielt for at både pasienten og pårørende skal føle seg godt ivaretatt. Slik trygghet i hjemmesykepleien forankres ofte i forutsigbarhet og kontinuitet. Personkontinuitet er med på å styrke den gode relasjonen og samhandlingen i hjemmet (Fjørtoft, 2016, s.123). Ved at pasienten og de pårørende har færre folk å forholde seg til styrker det trygghetsfølelsen. I studien til Alvariza et al., fra 2019 forteller pårørende at en god relasjon danner en pleiesituasjon kjennetegnet av samarbeid og partnerskap. Dette partnerskapet er med på å styrke respekten for den iboende verdigheten til pasienten og at den blir sett som en person, ikke bare pasient. Der kom det frem at etterlatte pårørende satte stor pris på denne type partnerskap. De fortalte at et slikt partnerskap førte til at de følte seg ivaretatt og at kontinuiteten de fikk fra en kjent sykepleier førte til tilfredsstillende pleie for pasienten (s. 147). .123). Når mitt familiemedlem mottok palliativ pleie i hjemmet, var mangel på personkontinuitet et stort moment for utrygghet og usikkerhet. Det å måtte forklare gang på gang til nye

personer om sine utfordringer og hvordan man ønsket at ting skulle gjøres førte til stor utmattelse og frustrasjon.

Det er en del faktorer som kan utfordre kontinuiteten og forutsigbarheten. I praksis ble jeg selv oppmerksom på at stort sykefravær ofte førte til at pleiere ble sendt til pasienter de ikke hadde vært hos før. I praksis i hjemmesykepleien hadde vi case med en pasient i den terminale fasen. For å kunne sikre forutsigbarhet og kontinuitet så langt det var mulig i en uforutsigbar hverdag ble det dannet et team av sykepleier som hadde ansvar for denne pasienten, og alle kjente pasienten og familien da det ble etablert en relasjon mellom hjemmesykepleien og pasienten tidlig i forløpet. Ved sykdom blant sykepleiere på vakt var det alltid en som hadde bakvakt og var klar til å rykke ut dersom familien trengte hjelp. Teamet og familien ble enig om at det skulle være lav terskel for å ta kontakt med sykepleierne og lege dersom det oppsto endringer i pasientens tilstand.

Kompetanse kan også enten styrke eller utfordre trygghetsfølelsen hos de involverte. Den faglige kompetansen til sykepleier er grunnleggende for utøvelse av praktisk pleie. Ved at sykepleier ikke innehar klinisk kompetanse når det kommer til vurderinger og observasjoner av pasientens tilstand og behov vil det kunne føre til manglende pleie, og dermed ikke opprettholdelse pasientens helse og livskvalitet (Nortvedt og Grønseth, 2017, s. 23). Fra praksis har jeg selv erfart at manglende kunnskap og erfaring om pleie til døende fører til usikkerhet for sykepleier. Dersom man ikke vet hva som er normalt hendelsesforløp vil det også være vanskelig å sette i gang tiltak. Slik usikkerhet hos sykepleier vil kunne vises gjennom kroppsspråket og det kan bli synlig for pasienten og de pårørende. Sykepleier har en plikt om å ikke handle utenfor sin kompetansegrad for å sikre forsvarlighet i pleien (Helsepersonelloven, 1999, §4). Jeg har selv blitt veldig oppmerksom på meg selv om hvor mine grenser går for hva jeg er kompetent til å gjøre og ikke. Det er viktig at man er ærlig med seg selv og de rundt seg for å sikre at man ikke gjør noe man angreir på i ettertid. Det er bedre å si ifra til sine kollegaer at man behøver hjelp enn å ofre pasientens sikkerhet.

For å oppsummere vil forutsigbarhet, kontinuitet og faglig kompetanse kunne bidra til en pleiesituasjon hvor de involverte føler seg godt ivaretatt. Trygghetsfølelsen styrkes av en god relasjon mellom de involverte partene, samt at sykepleier viser høy

faglig kompetanse og er trygg på seg selv i sin rolle (Fjørtoft, 2016, s.123).

## 5.2 Pasient og pårørende i sentrum

For å få til brukermedvirkning kan en IP i palliativ omsorg være et aktuelt verktøy å bruke. Ved å legge til rette for brukermedvirkning og autonomi respekteres de grunnleggende menneskerettighetene alle mennesker har (Fjørtoft, 2016, s. 126). For å kunne oppfylle målet om brukermedvirkning er det i Norge lovfestet i pasient- og brukerrettighetsloven at pasienten har rett til å medvirke i egen behandling (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-1). Ut ifra egen erfaring er dette også noe pasient og pårørende vektlegger når man møter de. Ofte har pasienten og pårørende ett stort ønske om å delta aktivt i egen behandling da det er de som kjenner seg selv best og vet hvordan de vil klare å etterfølge behandlingen på hverdagslig basis. Ved å utforme en individuell plan for tilbudet pasienten får, vil det kunne skape trygghet for pasienten og pårørende, samt at det vil kunne fungere som et hjelpemiddel for de pårørende å mestre situasjonen (Lunde, 2017, s. 11). Planen inneholder målet for pleien, og mulige tiltak for å nå målet. Det vil da være lettere for pårørende å bidra når de har noe konkret å gå etter. Dette kan også føre til at pårørende føler seg som en verdifull ressurs, istedenfor at de føler at de ikke klarer å mestre oppgavene (Lunde, 2017, s. 9). Ifølge forskning forteller pårørende som har hatt en IP å forholde seg til at det «var som å sette kaos inn i orden». Ved å få et delt ansvar ble også de pårørendes byrde delt. Dette var med på å øke mestring av situasjonen for de pårørende og de klarte å bidra med praktiske tiltak i pleien fordi de hadde det tilgjengelig i IP (Lunde, 2017, s. 9). Fra mine perioder i praksis virker det dessverre ut som om IP ikke er et verktøy som blir tatt i bruk så ofte. Ved spørsmål om hvorfor har jeg ikke fått et konkret svar, men faktorer som at det er for tidkrevende og vanskelig å få samlet alle samarbeidspartnere er essensen av det jeg har fått til svar.

Det er viktig at sykepleier og det tverrfaglige teamet tilrettelegger for brukermedvirkningen. Ved å ha samtaler med pasienten og de pårørende kan de dele sine bekymringer, ønsker og tanker om hva som skal skje i tiden fremover. Disse samtalene kan være vanskelige, og for å legge til rette for god kommunikasjon blir det viktig at ansvarlig sykepleier har etablert en god relasjon med pasienten og pårørende (Lunde, 2017, s.9).

I hjemmesykepleien er tidspress et kjent problem og kan føre til konflikter med oppgavene som utføres hos hver enkelt pasient (Fjørtoft, 2016, s. 164). Det blir derfor viktig at sykepleier og de pårørende kommer frem til en enighet, hvor det blir tydelig hva de pårørende kan gjøre og hva sykepleier skal gjøre når man er på besøk. I denne situasjonen er det viktig at man setter klare grenser for å sikre at de pårørende er en ressurs, ikke en arbeidskraft som blir utnyttet (Meld. St. 29 (2012-2013), s.59). For å oppnå at de pårørende skal føles seg som en ressurs, må sykepleier støtte dem. Pårørende til alvorlig syke har ytret at for de er det viktig at noen bryr seg om de, og at de blir støttet i denne vanskelige perioden de begir seg ut på når de velger å støtte sin nærmeste i valget om å dø hjemme (Lunde, 2017, s. 6). For at det skal være mulig å gjennomføre pasientens ønske om å dø hjemme er det essensielt at de pårørende er med på beslutningen og bidrar. Når dette valget blir tatt stilles det med en gang store krav til de pårørende og deres deltakelse (Brenne og Estenstad, 2016, s. 169). Ved at sykepleier viser at hun bryr seg om de pårørende og støtter dem i situasjonen vil det kunne føre til en følelse av at de er viktig. Slik støtte kan **være samtaler, opplæring i grunnleggende ferdigheter de pårørende kan bidra med, og være der for å lytte til deres bekymringer og erfaringer** gjennom sykdomsforløpet (Lunde, 2017, s.7; Røgnes et al., 2013, s. 65).

**Informasjonssamtaler** er også et tiltak fra helsepersonellens side som har vist seg å være verdifullt (Røgnes et al., 2013, s. 65; Lunde, 2017, s. 8; Alvariza et al., 2019, s. 147). Hvorfor er det så viktig å bli informert om hva som skjer og skal skje? Ved å informere de pårørende om forløpet, hva som skal skje og hva som kan oppstå underveis, vil det kunne være med på å redusere angst og usikkerhet fra de pårørendes side, og derfor styrke deres mestring (Lunde, 2017, s. 8). Informasjonen som blir gitt må være tilpasset slik at de som mottar den skjønner hva som blir sagt, og den må gjentas ofte slik at man er sikker på at det er blitt forstått. Det er også viktig å ikke komme med alt for mye informasjon på engang, da dette kan føre til at mottaker ikke klarer å forholde seg til informasjonen som blir gitt (Eide og Eide, 2007, s. 293). Ved å gjennomføre disse samtalene vil man også få en mulighet til å kartlegge hvilke ressurser de pårørende har og eventuelt hvor mye de mestrer å stå i når situasjonen blir vanskelig (Stensheim et al., 2016, s. 275). Eventuelt kan pårørende gjenfortelle informasjonen for å se om informasjonen har vært god nok. I disse informasjonssamtalene vil det også være viktig å informere de pårørende om at

det er ingen skam å snu, dersom de skulle kjenne på at ansvaret blir altfor stort (Danielsen et al., 2018, s.9; Brenne og Estenstad, 2016, s. 169).

Tidligere i oppgaven blir det nevnt at sykepleier er nødt til å kunne kommunisere med pasient og pårørende på et dypt personlig nivå i møte med den døende (Trier, 2013, s. 896). Hvis sykepleier ikke innehar denne egenskapen, kan det være vanskelig å informere på en god måte. Når jeg har vært i praksis har jeg sett at dette ofte kan være en utfordring for sykepleier. Jeg har selv vært med en sykepleier når en pasient og dens pårørende ble informert om at sykdommen var uhelbredelig. Etter at beskjeden var overlevert forsvant sykepleier fort ut av rommet, mens man kunne se på pasienten og de pårørende at de hadde behov for å snakke om denne informasjonen som hadde blitt gitt. Jeg spurte sykepleieren som hadde overlevert informasjonen om hvorfor hun gikk så fort ut av rommet, og hun fortalte at hun synes denne oppgaven var noe av det vanskeligste med jobben og at hun ikke klarte å stå i den lidelsen og sorgen pasienten og de pårørende kjente på.

### 5.3 Det tverrfaglige samarbeidet

Sykepleier blir bindeleddet i det tverrfaglige samarbeidet (Brenne og Estenstad, 2016, s 166). For å få til et godt palliativt tilbud forutsetter det at man må ha flere tjenesteytere inn i det tverrfaglige teamet. Pårørende er en viktig ressurs hvilket jeg vil komme tilbake til senere. For å kunne planlegge og gjennomføre en verdig avslutning på livet til pasienten i hjemmet er fastlegen en viktig samarbeidspartner. Det er fastlegen som har det medisinske ansvaret for pasienten, og de har ofte fulgt pasienten og pårørende gjennom lengre tid, og har derfor personlig kjennskap til dem (NOU 2017: 16, s. 97).

Den alvorlig syke pasientens allmenntilstand kan endres raskt mot slutten (Brenne og Dalene, 2016, s. 641). Hvorfor er det da viktig med godt samarbeid mellom lege og sykepleier? Ved at helsepersonellet og lege har regelmessig kontakt kan de diskutere endringer i pasientens situasjon og hvilke tiltak som skal utføres. Dersom det er dårlig samarbeid mellom disse to partene er risikoen for sykehusinnleggelse økende, noe som kan komme i konflikt med pasienten og pårørendes ønsker (Danielsen et al., 2018, s. 7). Tidlig etablering av samarbeid mellom hjemmesykepleien og fastlegen vil kunne være med på å sikre et godt tilbud. Ved å



ha en tilgjengelig fastlege vil det skape trygghet for både pasient og pårørende, men også for sykepleieren (Danielsen et al., 2018, s. 5). Forskning viser at når fastlegen har gitt sitt telefonnummer til de spørrende har det vært med på å styrke de pårørendes mestring av utfordringene som kommer med når man pleier en pasient som er terminal. Det ble gjort avtaler for når det var greit at de pårørende kontakten legen, men terskelen skulle være lav dersom det var behov (Danielsen et al., 2018, s. 6).

Fastlegen sitter med det medisinske ansvaret for pasienten og det er viktig at det er et godt samarbeid. En stor del av den palliative omsorgen er lindring av plagsomme symptomer med bruk av medikamenter. For at sykepleier skal kunne føle seg mer kompetent og trygg i en situasjon hvor man må bruke medikamenter i symptomlindring må legen og sykepleierne sammen lage klare retningslinjer for bruken av dem i terminal fase. Ved å planlegge grundig tilbudet som skal gis til pasienten kan man sikre at den siste tiden i pasientens liv blir verdig og trygg. Man hindrer usikkerhet rundt hvilke tiltak som skal igangsettes og ikke (Staats et al., 2018, s. 4).

Det kan være vanskelig å få til et godt samarbeid mellom hjemmesykepleien og pasientens fastlege. Faktorer som er med på å hemme et godt samarbeid kan for eksempel være fastlegens prioriteringer, kunnskap innen feltet og dårlig kommunikasjon. Erfaring fra hjemmesykepleiepraksisen min har vist seg at dette er et problem som ofte oppstår. Mangel på et samlet dokumentasjonsprogram gjorde det vanskelig å kommunisere med fastlegen som var travelt opptatt med andre pasienter på legekontoret. Flere fastleger mangler også kompetanse innen det palliative feltet. Etersom at de fleste i Norge dør på institusjon er ikke dette noe fastlegene ofte jobber med. Forskning viser at ofte har sykepleiere mer kompetanse innen praktisk arbeid med døende pasienter enn fastleger (Danielsen et al., 2018, s. 8).

Gjennom observasjoner av pasientens allmenntilstand blir sykepleier nødt til å vurdere og tolke symptomene for å kunne sette i gang lindrende tiltak. Men hvordan tilegner sykepleier seg det kliniske blikket? Evnen til å sanse og oppfatte må være til stede, sykepleier må kunne oppfatte de non-verbale tegnene fra pasienten. Dette kan for eksempel være å se på kroppsspråket til pasienten, som kan fortelle noe om

hvordan pasienten har det selv om den ikke bruker ordene sine. Forskning viser at mangel på denne type kompetanse innen observasjon og vurdering vil kunne hindre effektiv symptomlindring fordi sykepleier ikke er trygg på sine egne vurderinger (Staats et al., 2018, s.5).

Det er også viktig at det legges til rette for at sykepleier og fastlege kan diskutere ulike følelser og erfaringer de opplever. Igjennom den løpende dialogen kan også partene bidra til økt kompetanse hos hverandre. Fastlegen sitter ofte på mye teoretisk kunnskap, men det kommer frem i en studie at sykepleierne har dypere praktisk kompetanse innen fagfeltet palliativ omsorg (Danielsen et al., 2018, s. 8). Dette viser derfor hvor viktig det er at sykepleier og fastlege deler erfaringer, slik at man får et innblikk i hvilke kompetanse og ressurser de enkelte har.

Videre bør kommunalhelsetjenesten innføre et samarbeid med spesialisthelsetjenesten slik at man kan ta i bruk alle relevante ressurser. Som nevnt i teoridelen plikter spesialisthelsetjenesten til å inngå samarbeid med kommunene (spesialisthelsetjenesteloven, 1999, §2-1e). Samarbeidet skal ha som mål at pasienter mottar er helhetlig tilbud (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, §6-1). For å gi et best mulig palliativt tilbud til den døende kan det være viktig for kommunen å inngå ett slikt samarbeid med ett palliativt team fra spesialisthelsetjenesten. Økt kompetanse innad i det tverrfaglige teamet vil igjen være positivt for pasienten, da pleien vil bli mer helhetlig og utføres på en forsvarlig måte. Det stilles krav til helsepersonellet at pleien skal utføres på en forsvarlig måte, som vil si at man ikke skal handle utenfor egen kompetanse. Ved mangel på kompetanse må man innhente denne kompetansen via samhandling og samarbeid med annet kvalifisert personell (Helsepersonelloven, 1999, §4). I hjemmesykepleiepraksis var jeg med på at spesialisthelsetjenesten hadde opplæring med oss i innsetting og bruken av veneport da vi hadde en pasient som var avhengig av veneporten sin. Dette førte til at sykepleierne følte seg trygg i bruken av denne prosedyren og styrket mestring av situasjonen.

## 6 Avslutning

I denne oppgaven hadde jeg som mål å finne ut hvordan sykepleier kan bidra til en verdig og trygg avslutning på livet i hjemmet til pasienten. Hjemmedød er et stort ønske for mange, men forskning viser at det kan være veldig vanskelig å få til. For at

dette ønske skal kunne bli en realitet er hjemmesykepleien nødt til å stille opp med høy kompetanse innen palliativ omsorg, det må foreligge et godt og solid tverrfaglig samarbeid mellom de ulike deltakende partene, og de pårørende er nødt å være på pasientens lag om ønske.

En god relasjon til pasienten og de pårørende er grunnmuren for å kunne bidra til en verdig og trygg død i pasientens eget hjem. Det er denne relasjonen som bestemmer hvor nær vi blir med pasienten og de pårørende. Sykepleier er nødt til å være til stede i situasjonen både fysisk og psykisk, og kunne kommunisere med de involverte partene på et dypt personlig nivå. Ved å være ekte, vise respekt og sette seg inn i situasjonen vil man kunne oppnå et partnerskap som har en positiv innvirkning på den palliative pleien. Ved å sette pasienten og de pårørendes ønsker i sentrum vil man kunne legge til rette for brukermedvirkning.

I hjemmesykepleien er kontinuitet viktig for å kunne gi pasienten og de pårørende en trygg og verdig oppfølging. Kompetansen må økes innad i det palliative faget i hjemmesykepleien, og da er det viktig å utnytte de ressurser man har tilgang til. Samarbeidsavtaler med spesialisthelsetjenesten vil kunne bidra til å øke kompetanse og opplæring av sykepleiere i hjemmesykepleien. Pasientens fastlege må være tilgjengelig i planlegging og utførelse av den palliative omsorgen i hjemmet, både for at sykepleier skal føle seg trygg og kompetent, men også for at de pårørende og pasienten skal oppnå en trygghetsfølelse.

Sykepleieren som skal utøve palliativ omsorg til hjemmeboende pasienter bør ha kompetanse og erfaring fra denne type pleie. For at sykepleier skal klare å ta riktige avgjørelser når pasientens allmenntilstand forverres er man nødt å ha et godt klinisk blikk for å vurdere situasjonen, som kommer gjennom erfaring og tid i yrket.

Gjennom å jobbe med denne oppgaven har jeg fått en større forståelse om hvor viktig det er med ett tverrfaglig samarbeid innad i kommunehelsetjenesten, men også hente kompetanse fra spesialisthelsetjenesten når det trengs, for å kunne tilby sammensatt og forsvarlig helsehjelp til pasienten. Som sykepleier ønsker jeg å bidra til en verdig og trygg avslutning på livet til pasientene jeg møter, ingen skal behøve å dø alene.

## 7 Kildeliste

- Aakre, M. (2011, 21. februar). *Ja til verdighet*. Sykepleien.  
<https://sykepleien.no/etikk/2011/02/ja-til-verdighet>
- Aasen, S, E. (2020, 3. januar). *Medisinske og helsefaglige termer på norsk og engelsk*. Helsebiblioteket. <https://www.helsebiblioteket.no/om-oss/artikkelarkiv/mesh-medical-subject-headings-pa-norsk-og-engelsk>
- Alvariza, A., Mjörnberg, M., Goliath, I. (2019). Palliative care nurses' strategies when working in private homes – A photo-elicitation study. *Journal of Clinical Nursing* 29 (1-2). <https://doi.org/10.1111/jocn.15072>
- Brenne, A-T., Estendstad, B. (2016). Hjemmedød. I S. Kaasa & J. H. Loge (red.), *Palliasjon – Nordisk lærebok*. (s. 161-171). Gyldendal Akademisk.
- Brenne, A-T., Dalene, R. (2016). Symptomlindring av den døende pasienten. I S. Kaasa & J. H. Loge (red.), *Palliasjon – Nordisk lærebok*. (s.638-652), (3. utg). Gyldendal Akademisk.
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving*. (6.utg). Gyldendal Akademisk.
- Danielsen, A., Berntzen, H., Almås, H. (2017) Sykepleie ved smerter. I D-G. Stubberud, R. Grønseth & H. Almås (red.), *Klinisk sykepleie 1*. (s. 381-427), (5. utg). Gyldendal Akademisk.
- Danielsen, B.V., Sand, A. M., Rosland, J. H., Førland, O. (2018). Experiences and challenges of home care nurses and general practitioners in home-based palliative care – a qualitative study. *BMC Palliat Care*, 17(95).  
<https://doi.org/10.1186/s12904-018-0350-0>
- Eide, H., Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner – samhandling, konfliktløsning, etikk*. (2. utg). Gyldendal Akademisk.
- Fjørtoft, A-K. (2016). *Hjemmesykepleie – ansvar, utfordringer og muligheter*. Fagbokforlaget.

Folkehelseinstituttet (2018). *De fleste dør på sykehjem, få dør hjemme.*

<https://www.fhi.no/nyheter/2018/de-fleste-dor-pa-sykehjem/>

Grov, E. K., Røgenes, G. K., Moen, A. (2013). Heimesjukepleiernes perspektiv på forhold som fremjar palliasjon i heimen. *Klinisk sygepleje*, 31(1).

<https://www-idunn->

[no.galanga.hvl.no/klinisk\\_sygepleje/2013/01/heimesjukepleiernes\\_perspektiv\\_paa\\_forhold\\_som\\_fremjar\\_palli](https://www-idunn-no.galanga.hvl.no/klinisk_sygepleje/2013/01/heimesjukepleiernes_perspektiv_paa_forhold_som_fremjar_palli)

Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunal helse- og omsorgstjenester m.m.* (LOV-2011-06-24-30). Lovdata.

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>

Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell m.v.* (LOV-1999-07-02-64).

Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=lov%20om%20helsepersonell>

Hummelvoll, J, K. (2016). *Helt – ikke stykkevis og delt: psykiatrisk sykepleie og psykisk helse.* (7.utg). Gyldendal Akademisk.

Kalfoss, M.H. (2017). Møte med lidende og døende mennesker – sykepleierens møte med seg selv. I D-G. Stubberud, R. Grønseth & H. Almås (red.), *Klinisk sykepleie 2.* (s. 453-479), (5. utg). Gyldendal Akademisk.

Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E-A. & Grimsbø, G. H. (2017). Hva er sykepleie?. I G. H. Grimsbø (red.), *Grunnleggende sykepleie. Sykepleie – fag og funksjon.* (s. 15-27), (3.utg). Gyldendal Akademisk.

Kristoffersen, N. J., Nortvedt, P. (2017) Pasient og sykepleier – verdier og samhandling. I G. H. Grimsbø (red.), *Grunnleggende sykepleie - Sykepleie – fag og funksjon.* (s. 89-138), (3.utg). Gyldendal Akademisk.

Kristoffersen, N. J.. (2017). Sykepleie – kunnskapsgrunnlag og kompetanseutvikling. I G. H. Grimsbø (red.), *Grunnleggende sykepleie -Sykepleie – fag og funksjon.* (s. 139-191), (3.utg). Gyldendal Akademisk.

- Lunde, S. A. E. (2017). Individual care plan at the palliative stage – helping relatives to cope. *Sykepleien Forskning* 12.  
<https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2017.63670>
- Mathisen, J. (2011). Hva er sykepleie? Virginia Hendersons svar. I I.M Holter, & T.E Mekki (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie – sykepleieboken 1*. (s. 149-168). Akribe.
- Meld. St. 29 (2012-2013). *Morgendagens omsorg*. Helse- og omsorgsdepartement.  
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-29-20122013/id723252/>
- Morland, E. (2016, 19. august). *Palliasjonens mor*. Sykepleien.  
<https://sykepleien.no/2016/08/palliasjonens-mor>
- Norsk sykepleierforbund. (2019). *Yrkesetiske retningslinjer*. Norsk Sykepleierforbund. <https://www.nsf.no/sykepleiefaget/yrkesetiske-retningslinjer>
- Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholdt, B., Nordheim, V. L. & Reinart, M. L. (2012). *Jobb kunnskapsbasert! – En arbeidsbok*. Akribe.
- NOU 2017: 16. (2017). *På liv og død: Palliasjon til alvorlig syke og døende*. Helse- og omsorgsdepartementet.  
<https://www.regjeringen.no/contentassets/ed91baf5d25945b1a0b096c0ce376930/no/pdfs/nou201720170016000dddpdfs.pdf>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient%20og%20brukerrettighetsloven>
- Slaaen, J., Røystrand, E., Gravdahl, E-A, N., Engebriksen, E, S. (2016). *Begreper med tilknytning til palliasjon*. Norsk Palliativ Forening & Norsk forening for palliativ medisin. [https://palliativ.org/wordpress/wp-content/uploads/2016/09/Begrepsliste\\_september2016.pdf](https://palliativ.org/wordpress/wp-content/uploads/2016/09/Begrepsliste_september2016.pdf)

Staats, K., Tranvåg, O., Grov, E. K. (2018). Home-Care Nurses' Experience with Medication Kit in Palliative Care. *Journals of Hospice & Palliative Nursing*, 20(6). DOI: [10.1097/NJH.0000000000000518](https://doi.org/10.1097/NJH.0000000000000518)

Stensheim, H., Hjermsstad, M. J., Loge, J. H. (2016). Ivaretakelse av pårørende. I S. Kaasa & J. H. Loge (red.), *Palliasjon – Nordisk lærebok*. (s. 274-285), (3. utg). Gyldendal Akademisk.

Thidemann, I-J. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter*. (2.utg). Universitetsforlaget.

Trier, L. (2013). Lindrende sykepleie. I U. Knutstad (red.), *Utøvelse av klinisk sykepleie – sykepleieboken 3*. (s. 892-944), (2.utg). Cappelen Damm Akademisk.

Wikiquote (2019) *Søren Kierkegaard*.

[https://no.wikiquote.org/wiki/S%C3%B8ren\\_Kierkegaard](https://no.wikiquote.org/wiki/S%C3%B8ren_Kierkegaard)

## 8 Vedlegg

Søk	Database	Dato for søk	Årstall for publisering	Søkeord	Antall treff	Valgt artikkel
1	Medline (EBSCO)	7/10-20	2018	Palliative care <b>AND</b> home death <b>AND</b> nurse	109	Nr. 1 “Experiences and challenges of home care nurses and general practitioners in home-based palliative care - a qualitative study”
2	Medline (EBSCO)	7/10-20	2018	Home care <b>AND</b> palliative care <b>AND</b> nurse	1033	Nr. 3 “Home-Care Nurses' Experience with Medication Kit in Palliative Care”
3	Medline (EBSCO)	7/10-20	2019	Palliative care <b>AND</b> terminal care <b>AND</b> nurse <b>AND</b> caring	237	Nr. 11 “Palliative care nurses' strategies when working in private homes-A photo-elicitation study.
4	Swemed+	7/10-20	2013	Palliative <b>AND</b> care <b>AND</b> at home	53	Nr. 23 “Heimesjukepleiarens perspektiv på forhold som fremjar palliasjon i heimen»
5	Swemed+	7/10-20	2017	Home care <b>AND</b> palliative care <b>AND</b> individual plan	1	Nr. 1 “Individuell plan i palliativ fase – ei hjelp til meistring for pårørende»





# Høgskulen på Vestlandet

## Bacheloroppgave i sykepleie

SK152

### Predefinert informasjon

<b>Startdato:</b>	07-12-2020 09:00	<b>Termin:</b>	2020 HØST
<b>Sluttdato:</b>	07-12-2020 14:00	<b>Vurderingsform:</b>	Norsk 6-trinns skala (A-F)
<b>Eksamensform:</b>	Bacheloroppgave i sjukepleie	<b>Studiepoeng:</b>	15
<b>SIS-kode:</b>	203 SK152 1 O 2020 HØST		
<b>Intern sensor:</b>	Solveig Nelly Sægrø		

### Deltaker

<b>Kandidatnr.:</b>	156
---------------------	-----

### Informasjon fra deltaker

<b>Antall ord *:</b>	7990
----------------------	------

Kan eksamensbesvarelsen gjøres til gjenstand for utlån?:

Nei

Egenerklæring \*:

Ja

Jeg bekrefter innlevering til biblioteket \*:

Ja

Sett hake dersom besvarelsen kan brukes som eksempel i undervisning?:

Ja

Inneholder besvarelsen konfidensielt 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

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