

BACHELOROPPGAVE

Til døden skiller dere ad

«Hvordan sykepleier best mulig kan ivareta pårørende til terminale kreftpasienter»

Av

Kandidatnummer

62

Therese Marie Borgen Solsvik

Until death do us part

Bachelor i sykepleie

SK 152

Innleveringsdato 29.05.2015

Antall ord: 6988

Avtale om elektronisk publisering i Høgskulen i Sogn og Fjordane sitt institusjonelle arkiv (Brage)

Jeg gir med dette Høgskulen i Sogn og Fjordane tillatelse til å publisere oppgaven (Skriv inn tittel) i Brage hvis karakteren A eller B er oppnådd.

Jeg garanterer at jeg er opphavsperson til oppgaven, sammen med eventuelle medforfattere. Opphavsrettslig beskyttet materiale er brukt med skriftlig tillatelse.

Jeg garanterer at oppgaven ikke inneholder materiale som kan stride mot gjeldende norsk rett.

Ved gruppeinnlevering må alle i gruppa samtykke i avtalen.

Fyll inn kandidatnummer og navn og sett kryss:

Kandidatnummer 62

Therese Marie Borgen Solsvik

JA ___ X NEI ___

Sammendrag

Tittel: «Til døden skiller dere ad». Inspirert av Den norske kirkes ekteskapsritual.

Bakgrunn for valg av tema: Denne oppgaven omhandler pårørende til terminale kreftpasienter og hvordan sykepleier best mulig kan ivareta dem. Å være pårørende til en kreftsyk pasient som er døende er en svært stor påkjenning både psykisk og fysisk. Gjennom praksis har jeg hatt sterke møter med terminale kreftpasienter og deres pårørende og både sett og lært mye om hvor viktig sykepleiers rolle er når det kommer til deres ivaretagelse. Hvordan en som sykepleier møter de pårørende til terminale kreftpasienter og hans familie vil ha svært mye å si for hvordan den terminale fasen oppleves. Målet for meg som fremtidig sykepleier er å gi både den kreftsyke pasienten best mulig omsorg og pleie og samtidig ivareta pårørende som skal leve sine liv etter at deres kjære er død.

Problemstilling: «Hvordan kan sykepleier best mulig ivareta pårørende til kreftsyke pasienter som er i en terminal fase av livet?».

Framgangsmåte: Oppgaven er en litteraturstudie.

Funn og konklusjon: For å kunne ivareta pårørende til terminale pasienter på en god måte forutsetter det at det blir opparbeidet et tillitsforhold og en god relasjon. God informasjon, at pårørende føler seg sett og ivaretatt samt praktiske tiltak bidrar til at pårørende føler seg ivaretatt. Samhandling med de pårørende krever også at de har tillitt til sykepleier yter best mulig pleie til pasienten, og at de blir møtt med respekt, empati, åpenhet og verdighet.

Innhold

1	Innledning.....	1
1.1	Bakgrunn for valg av tema.....	2
1.2	Problemstilling.....	2
1.3	Avgrensninger.....	2
1.4	Oppbygging.....	2
2	Metode	3
2.1	Litteraturstudie.....	3
2.2	Søke – og utvalgsprosessen.....	3
2.3	Valg av litteratur	3
2.4	Kildekritikk	5
2.5	Vurdering av metoden.....	5
3	Teori.....	6
3.1	Kreft.....	6
3.2	Palliativ behandling	7
3.3	Terminal fase og omsorg ved livets slutt.....	7
3.3.1	Liverpool Care Pathway – Tiltaksplan for omsorg til døende.....	8
3.4	Hvem er de pårørende	9
3.4.1	Ivaretagelse av pårørende.....	9
3.4.2	Forskning om pårørende til terminale pasienter	10
3.5	Joyce Travelbee sin sykepleierteori.....	11
4	Drøfting.....	12
4.1	Opplevelse fra praksis	12
4.2	Pårørende føler seg sett og tatt vare på	13
4.3	Tillitt til at deres kjære får god pleie	15
5	Avslutning.....	17
6	Litteraturliste.....	18
7	Vedlegg 1.....	20
8	Vedlegg 2.....	21

1 Innledning

Å hjelpe pasienten til en verdig og fredfull død har alltid vært en viktig del av sykepleien. Det kreves personlig og faglig kompetanse for å kunne bidra til å redusere omfanget av den lidelse pasient og pårørende opplever når de står inne for dødens virkelighet (Sæteren, 2000, s. 174).

I 2013 var det 30 401 personer i Norge som fikk en kreftdiagnose, og 10 609 personer som døde av sin kreftsykdom (Institutt for populasjonsbasert kreftforskning, 2015). På grunn av generell insidens økning og en voksende og stadig eldre befolkning øker antall kreftpasienter i Norge. Moderne kreftbehandling medfører at flere pasienter lever lenger med sin sykdom. Dette fører til at antall pasienter med behov for palliativ behandling, pleie og omsorg øker (Helsedirektoratet, 2015).

Ca. 95 % av pasientene på palliative enheter på sykehus utgjøres i dag av kreftpasienter. En palliativ enhet på sykehus består av et tverrfaglig behandlingsteam og har bred kompetanse i palliasjon. Målet med palliasjon er best mulig symptomlindring og livskvalitet for både pasienten og de pårørende (Helsedirektoratet, 2015). Med dette tatt i betraktning ønsker jeg å bevisstgjøre hvordan sykepleier kan ivareta og vise god omsorg til pårørende når deres nærmeste befinner seg i livets slutfase.

I vanskelige situasjoner og kriser søker mennesker hjelp og trøst hos sine nærmeste pårørende, derfor får de en helt sentral plass i den kreftsykes livssituasjon (Reitan A. M., 2008, s. 205). Møtet med pårørende blir viktig for å kunne gi pasientene god omsorg og helhetlig sykepleie og hvordan en som sykepleier møter pasienten og hans familie vil ha mye å si for hvordan den terminale fasen oppleves. God kommunikasjon og relasjonsbygging vil være av stor betydning. Hensikten med å velge dette temaet i et sykepleiefaglig perspektiv er for å kunne tilegne meg nok kunnskap og opptre som en faglig sterk, trygg og imøtekommende sykepleier i møte med både pasient og pårørende.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Siden første året på sykepleierstudiet har jeg arbeidet på en kreftsengepost. Jeg har hatt sterke møter med palliative kreftpasienter og deres pårørende og både sett og lært hvor viktig sykepleiers rolle er når det kommer til deres ivaretagelse. Jeg har sett smerten deres, og samtidig fått erfare hvor takknemlig de er for at deres kjære blir godt ivaretatt i livets siste fase. Jeg har sett hvor viktig god kommunikasjon fra hjelpers side er og hvordan de pårørende setter pris på arbeidet som blir gjort både for pasienten og dem selv. I følge NSFs yrkesetiske retningslinjer har sykepleier et klart ansvar ovenfor pårørende ved å vise dem respekt og omsorg (Norsk sykepleierforbund, 2011). Målet for meg som fremtidig sykepleier er å gi både den kreftsyke pasienten best mulig omsorg og pleie og samtidig ivareta pårørende som skal leve sine liv etter at deres kjære er død. Med bakgrunn i dette ønsker jeg å skrive denne oppgaven om pårørende til døende kreftsyke pasienter.

1.2 Problemstilling

«Hvordan kan sykepleier best mulig ivareta pårørende til kreftsyke pasienter som er i en terminal fase av livet?».

1.3 Avgrensninger

Jeg ønsker å avgrense problemstillingen til å gjelde voksne pårørende over 18 år. For eksempel bror/søster, ektefelle, sønn/datter, eller den pasienten har valgt å sette opp som sin nærmeste pårørende. Pasientene har en uhelbredelig kreftsykdom, innlagt på en palliativ enhet på en kreftsengepost og befinner seg i en terminal fase av livet.

1.4 Oppbygging

Oppgaven er fordelt over fem kapitler. I første kapittel har jeg beskrevet valg av tema, problemstilling og avgrensninger. I andre kapittel gjør jeg rede for valg av og vurdering av metode. I kapittel tre, teorikapittelet, vil jeg presentere teori om kreft, palliativ og terminal behandling, pårørende og Joyce Travelbee sin sykepleierteori. I kapittel fire, drøftingskapittelet, har jeg valgt å presentere en case fra praksis som jeg aktivt bruker for å drøfte. Jeg har konsentrert meg om to fokusområder, at pårørende føler seg sett og tatt vare på og at de opplever tillitt til at deres kjære får god pleie. I femte kapittel blir konklusjonen for oppgaven presentert.

2 Metode

Jeg har valgt å benytte litteraturstudie som metode. Videre vil jeg gjøre rede for søke og utvalgsprosessen for litteratur som er benyttet og grunngi valg av litteratur, samt hvilken relevans den har for oppgaven. Jeg vil også foreta kildekritikk og hvilke styrker og svakheter jeg ser ved den valgte litteraturen. Til slutt vil jeg vurdere metoden.

2.1 Litteraturstudie

«En litteraturstudie innebærer at man systematisk søker, kritisk gransker og sammenfatter litteraturen gjennom et valgt emne eller problemområde» (Forsberg & Wengstrøm, 2013, s. 34). Med andre ord vil jeg systematisk søke etter og lese forskning og litteratur som er relevant for min problemstilling og deretter presentere funnet av litteraturen for å belyse og besvare problemstillingen (Dalland, 2012, s. 228).

2.2 Søke – og utvalgsprosessen

Jeg har benyttet databasene ORIA, PubMed, Academic Search Premier, Tidsskriftet Sykepleien og Helsedirektoratet for å finne relevant litteratur. Jeg har brukt følgende norske nøkkelord; pårørende, terminal pleie, kreftomsorg, palliasjon, sykepleier, kommunikasjon og omsorg. Jeg søkte på Svemed + for å finne engelske søkeord og fant; patient relatives, terminal care, palliative care, oncology nursing, nursing, caretakers, nurse-patient relations og next of kin. Disse brukte jeg i videre søking på forskningsartikler. Jeg brukte søkeordene alene og i kombinasjon. Se vedlegg nummer 1 for oversikt over søkekombinasjoner og treff.

2.3 Valg av litteratur

Den første forskningsartikkelen «Family Perspectives on Communication with Healthcare Providers During End-of-Life Cancer Care» er en kvalitativ studie, publisert i 2006 av Royak-Schaler, Lemkau, Ross, Alexander og Scott. Studien har relevans for min oppgave fordi den viser viktigheten av at helsepersonell er trent til å gi god informasjon om palliativ og terminal pleie til døende pasienter og deres familier. God kommunikasjon mellom pasient, pårørende og helsepersonell viser seg å være av stor betydning.

Den andre forskningsartikkelen «Cancer family caregivers during the palliative, hospice, and bereavement phases: A review of the descriptive psychosocial literature» er en systematisk oversiktsartikkel publisert i 2011 av Williams og Mccorkle. Den er relevant fordi den viser at pårørende er en stor og viktig ressurs, men at det er en stor psykososial påkjenning å være deres omsorgslyter. Det viser seg at de har større risiko for å utvikle både psykisk og fysisk sykdom.

Den tredje forskningsartikkelen "*Knowledge and information needs of informal caregivers in palliative care: a qualitative systematic review*" er en systematisk oversiktsartikkel, publisert i 2008 av Docherty, Owens, Asadi-Lari, Petchey, Williams og Carter. Studien er relevant fordi den viser betydningen av kommunikasjon og informasjon mellom pårørende og sykepleier og den viser at pårørende vektlegger å ha et personlig forhold til sykepleier/helsepersonellet.

På sykepleien.no fant jeg en fagartikkel ved å bruke søkeordene: palliasjon og omsorg. Fagartikkelen «*Kvalitetssikrer omsorg til døende*» er skrevet om hvordan Liverpool Care Pathway (LCP) som tiltaksplan og dokumentasjonsmetode fører til bedre omsorg og behandling i livets siste dager. Studien er relevant fordi den viser at innføring av LCP har gitt økt bevissthet på optimal symptomlindring og har gitt større bevissthet på bedre kommunikasjon og de viktige samtalenene med pasient og pårørende.

For å finne nasjonale føringer innen temaet palliasjon søkte jeg på helsebiblioteket etter nasjonale retningslinjer og fant det nyeste oppdaterte handlingsprogrammet fra Helsedirektoratet, «*Palliasjon i kreftomsorgen*», utgitt i 2015. Dette blir relevant å bruke fordi programmet viser hvordan en kan forbedre symptomlindring for pasienter med uhelbredelig kreftsykdom og begrenset levetid, og sikre et godt palliativt tilbud i hele landet.

I teoridelen har jeg valgt å vektlegge hovedsakelig tre litteraturbøker:

Kreftsykepleie, Pasient – utfordring – handling fra 2000 av Reitan og Schjølberg. Boken er relevant for oppgaven fordi den er skrevet for studenter og sykepleiere som arbeider med kreftpasienter, og omhandler ulike fagområder innen kreftomsorgen.

Palliasjon fra 2008 av Kaasa. Den er relevant fordi den tar for seg fagområdet palliasjon og gir en introduksjon til forskning på området, den tar for seg pasienten og familien, den gir en innføring i organisering av palliativt tilbud, smerte og smertebehandling samt at den fokuserer på hvordan man diagnostiserer og behandler ulike symptomer og tilstander.

Familien i sykepleierfaget fra 2001 av Kirkevold og Ekern. Boken er relevant fordi den viser hvordan sykepleiere kan møte familier som er utsatt for de påkjenninger sykdom medfører. Den ser på familiens behov for støtte, veiledning og avlastning ved sykdom og lidelse, og viser hvordan sykepleiere kan møte familier når sykdom rammer.

For å belyse Joyce Travelbees samhandlingsfilosofi har jeg brukt *Mellommenneskelige forhold i sykepleien* fra 1999. Joyce Travelbee skriver at evnen til å bruke seg selv terapeutisk er kjennetegn

ved den profesjonelle sykepleieren. Hun setter også fokus på viktigheten av kommunikasjon og hvordan en kan ivareta både pasient og pårørende ved å bruke seg selv terapeutisk.

2.4 Kildekritikk

Kildekritikk er metoder som brukes for å stadfeste om kilder er pålitelige. Dette innebærer at man vurderer og gjør rede for de kildene man har valgt å bruke i oppgaven (Dalland, 2012, s. 113).

Jeg har jeg fokusert på å ha den nyeste og mest oppdaterte tilgjengelig forskningen. Jeg har lagt inn i søkekriteriene at forskningen ikke skal være mer enn 10 år gammel, og at de skal være fagfellevurdert. Det ble noen utfordringer med å finne gode nok artikler ved å velge dette og jeg fikk hjelp av veileder til å finne den ene forskningsartikkelen.

Litteraturbøkene har jeg både funnet selv ved å søke etter bøker på biblioteket og to av dem har jeg fått anbefalt av kreftsykepleiere på avdelingen hvor jeg jobber.

Jeg mener at litteraturen jeg har valgt er relevant for oppgaven min og at den viser et bredt spekter av temaene kreftomsorg, palliasjon og pårørende. Litteraturen er skildret under punkt 2.3. En svakhet jeg kan nevne er at på grunn av oversetting fra engelsk til norsk i forskningsartiklene kan det ha skjedd feil eller misforståelse i oversettingen. En annen svakhet kan være kulturelle forskjeller fra de landene hvor studiene ble gjort i forhold til Norge.

2.5 Vurdering av metoden

En litteraturstudie er en kvalitativ undersøkelse for å besvare en gitt problemstilling og den bygger på allerede eksisterende litteratur om det aktuelle temaet (Dalland, 2012, ss. 113,114). Jeg mener at ved å bruke en litteraturstudie kan jeg best mulig besvare spørsmålet jeg ønsker å finne svar på og derfor er den beste metoden å bruke.

Jeg har valgt å presentere en historisk hendelse som jeg selv har erfart i praksis. Å bruke relevante eksempel som en selv har opplevd eller erfart kan ofte være en stor styrke og viser at en kan anvende stoffet en har funnet. Fordelen ved å bruke eksempel er at de konkretiserer generelt stoff. På den andre side ser jeg det kan være en svakhet å bruke case ved at den kan bli noe styrende for drøftingsdelen.

Jeg ble gjort oppmerksom på doktorgradsavhandlingen *Tiden i livet og livet i tiden* av Sidsel Ellingsen som ble publisert 21. mai 2015. Dette var ganske sent i skriveprosessen, men siden det er helt ny forskning ser jeg absolutt behovet for å bruke denne videre. Den er ikke direkte vinklet mot pårørende, men mot palliative pasienter. Jeg velger likevel å bruke aspekter av denne da jeg ser at den kan være styrkende for drøftingen.

3 Teori

Problemstillingen min er hvordan en som sykepleier best mulig kan ivareta pårørende til kreftpasienter som er i en terminal fase av livet.

Jeg velger derfor her å presentere teori om kreft, palliativ behandling og hva det innebærer, hva terminal fase er og hva det innebærer for pasient og pårørende og kort om tiltakspakken Liverpool Care Pathway. Videre presenterer jeg definisjon av pårørende, hvordan en som sykepleier kan ivareta pårørende til terminale pasienter, hva forskningen jeg har funnet forteller om pårørende og til slutt presentasjon av sykepleierteorien til Joyce Travelbee. For å avgrense har jeg under ivaretagelsen av pårørende valgt å ikke gå videre inn på økonomiske problemer som kan oppstå for de pårørende etter døden har inntruffet.

3.1 Kreft

30 401 nordmenn fikk en kreftdiagnose i 2013. Det diagnostiseres dobbelt så mange tilfeller nå sammenlignet med for 50 år siden, og det er flere menn enn kvinner som får kreft. Selv om flere og flere får kreft, er det stadig flere som blir helt friske, og de som har kreft lever lenger og har høyere livskvalitet enn tidligere. Dette skyldes en kombinasjon av forebygging, tidligere diagnostisering, og flere, bedre og mer tilpassede behandlingsmåter for de ulike kreftformene (Institutt for populasjonsbasert kreftforskning, 2015).

For enkelte kreftformer har dette ført til at nesten alle overlever, og selv de med framskreden sykdom i disse gruppene har gode overlevelsesutsikter. For andre kreftformer har det imidlertid vært få behandlingmessige gjennombrudd og det er fremdeles slik at kun en liten del av de som blir syke overlever. Men til tross for at flere og flere overlever, er det likevel slik at et betydelig antall hvert år dør av kreft. I underkant av 10 699 nordmenn døde av kreft i 2013 (Institutt for populasjonsbasert kreftforskning, 2015).

I behandlingen av en kreftsykdom tar en sikte på enten kurativ eller palliativ behandling. Hovedmålet for kurativ behandling er å helbrede pasienten. En bør likevel være klar over at selv om en starter med denne behandlingen er en ikke sikret å bli helbredet. Ved visse kreftsykdommer lykkes det å helbrede pasienten i 90 % av tilfellene. For andre er mulighetene langt dårligere, for eksempel 50 % eller 30 % (Nome, 2008, s. 287). Hensikten med palliativ behandling på den andre side er en kombinasjon av symptomforebygging og lindring, samt forlenget overlevelse (Nome, 2008, s. 288).

3.2 Palliativ behandling

I sykepleie til terminale kreftpasienter står ordet palliasjon sentralt. Palliativ betyr lindrende, men ikke helbredende (Kaasa, 2008, s. 32).

Verdens helseorganisasjon definerer palliasjon som:

«Palliasjon er aktiv behandling, pleie og omsorg for pasienter med inkurabel sykdom og kort forventet levetid. Lindring av pasientens fysiske smerter og andre plagsomme symptomer står sentralt, sammen med tiltak rettet mot psykiske, sosiale og åndelige/ekstensielle problemer. Målet med all behandling, pleie og omsorg, er best mulig livskvalitet for pasienten og de pårørende. Palliativ behandling og omsorg verken fremskynder døden eller forlenger selve dødsprosessen, men ser på døden som en del av livet» (Helsedirektoratet, 2015).

Den palliative fasens kjennetegn er komplekst symptombilde som varierer over tid og ofte endres raskt. Pasienten vil ha betydelig redusert fysisk funksjon og stort pleiebehov og det vil være nødvendig med samtid innsats fra pårørende og flere profesjoner og nivåer i helsetjenesten som for eksempel fastlegen, hjemmesykepleie, kreftpoliklinikk, palliativt team og sykehusavdeling (Helsedirektoratet, 2015).

I Helse Førde er det organisert palliativt team som består av sykepleier, kreftsykepleier og leger. Palliativt team har i utgangspunktet et rådgivende funksjon. Deres målsetting er at pasienten er godt symptom lindret den siste levetiden, legge forhold til rette, støtte pasienten og de pårørende og styrke fagutvikling for helsepersonell (Helse Førde, 2015).

3.3 Terminal fase og omsorg ved livets slutt

I helsevesenet kalles menneskets siste livsfase for den terminale fase. Terminus er det latinske ordet for «grense», men det kan også bety bestemmelsessted. Fra terminalen på en flyplass forbereder mennesker seg på ankomst og avreiser. Dette kan gi assosiasjoner til den prosessen som skjer i et døende menneske som er i ferd med å forberede seg på å si farvel og gå over til en annen virkelighet (Sæteren, 2008, s. 180). Terminal fase vil fra et medisinsk perspektiv være når døden nærmer seg og behandlingen skifter fra å være helbredende til å være lindrende (Hynne, 2001, s. 151). Når døden vil inntreffe er aldri mulig å vite med sikkerhet. Men rent fysisk skjer det ofte typiske endringer hos mennesker når det er i ferd med å dø. Disse fysiologiske endringene er at søvnbehovet øker, det er økende fysisk svekkelse og behov for sengeleie, interessen for omgivelsene minker, bevisstheten sløres, og den syke blir mindre oppmerksom på andre personer. Orienteringsevnen kan svekkes, med tidvis eller tiltakende forvirring, interessen for å ta til seg næring svekkes, etter hvert trengs det også

mindre drikke og den syke tar bare små slurker vann og har problemer med å ta tabletter (Helsedirektoratet 2015).

Den terminale fasen kan være kort, for eksempel noen timer, men noen ganger strekker den seg over dager og uker. I løpet av siste levedøgn kan den syke bli blåmarmorert på lepper, hender og føtter. Nese, ører og hender blir kalde, pulsen hurtigere og svakere. Pusten forandres, den veksler mellom hurtig og langsom, dyp og overfladisk med kortere og lengre pauser. Ofte kan det komme surkling i brystet, fordi den døende ikke har krefter til å hoste opp slim. Surklingen er ikke et uttrykk for at den døende kjemper mot døden. Som regel er ikke den døende selv påvirket av den, den er mest til ubehag for de pårørende (Kreftforeningen, 2013 s.4)

Det er avgjørende at pårørende får informasjon om at pasienten er døende og hva som skjer i den terminale fasen. Dette for å være forberedt, for å prioritere å være til stedet og for å forberede seg til å si farvel. Her er det viktig at avdelingen har gode rutiner for hvordan denne fasen av pasientens liv håndteres. For at dette skal planlegges og iverksettes må legen i avdelingen stille riktig diagnose på riktig tidspunkt. Det vil være viktig at «diagnosen» formidles til de pårørende med forsiktighet og empati, men samtidig med en stor grad av tydelighet. Det vil også være viktig at hele behandlingsteamet formidler samme informasjon. Pårørende er i en svært følsom og sårbar posisjon, men vil trolig sette stor pris på og være takknemlige for informasjon og gode råd gitt med empati og medfølelse (Kaasa & Loge, 2008, ss. 86-87).

Forholdene rundt dødsfallet har ofte sterke følger for den døende og for pårørendes sorgarbeid. Omsorgstjenestene bør innrettes slik at den døendes og de pårørendes behov blir ivaretatt og at den enkelte blir møtt med empati, omsorg og respekt. Dette er i tråd med regjeringens tanker om å involvere de pårørende (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015).

3.3.1 Liverpool Care Pathway – Tiltaksplan for omsorg til døende.

Terminal omsorg er omsorg som gis til døende pasienter. Pasienten er i denne fasen svært svekket, avkreftet og har behov for kontinuerlig hjelp for å ivareta grunnleggende behov. Dette stiller store krav til sykepleiere av hva gjelder kunnskap og kompetanse. Pasienten vil trenge medfølgere, både pårørende og helsepersonell, som gir ham mulighet til å kjenne nærhet og trygghet, og samtidig må den nødvendige pleien bli ivaretatt (Sæteren, 2008, ss. 188-189).

Liverpool Care Pathway er et verktøy for å kvalitetssikre ivaretagelsen av døende og deres pårørende. Planen har ulike delmål for hvordan pasienten skal bli godt lindret, men det er også egne mål for kommunikasjon med pårørende. Målet her er blant annet at det skal være avtalt hvordan pårørende skal få beskjed dersom tilstanden til pasienten endrer seg, at de har fått god informasjon

om sykehuset og at de gir uttrykk for at de forstår hva som er planen videre. Planen videre innebærer at pårørende er klar over at videre behandling og pleie har fokus på at pasienten er døende (Vedlegg 2).

3.4 Hvem er de pårørende

Lov om pasient - og brukerrettigheter definerer at pasientens pårørende er *den pasienten oppgir som pårørende og nærmeste pårørende*. Dersom pasienten er ute av stand til å oppgi pårørende, skal nærmeste pårørende være den som i størst utstrekning har varig og løpende kontakt med pasienten, men det skal tas utgangspunkt i en nærmere angitt rekkefølge av personer (Pasient – og brukerrettighetsloven 1999). Pårørende kan være pasientens ektefelle, samboer eller partner. Det kan også være voksne barn til eldre pasienter. Mange kreftpasienter er også selv foreldre. Hvert år opplever også omkring 3000 barn under 18 år at mor eller far får kreft.

Pårørende er tradisjonelt blitt oppfattet som familie. Men en trenger ikke nødvendigvis ha et nært forhold selv om en er i familie. Pårørende er personer som betyr noe for hverandre. De er personer som står hverandre følelsesmessig nær, og som har et gjensidig avhengighets – og kontakt forhold. Av dette ser en at pårørendebegrepet dekker mer enn selve familien (Kirkevoold & Ekern (Red.), Familien i sykepleierfaget, 2000).

Kreft er en sykdom som ikke bare rammer pasienten, men hele familien blir berørt. Som nevnt i innledningen er det i spesielt i vanskelige situasjoner og i kriser at mennesker søker trøst og hjelp hos sine nærmeste. Derfor får de nærmeste pårørende en helt sentral plass i den kreftsykes livssituasjon (Reitan A. M., 2008, s. 205).

3.4.1 Ivaretagelse av pårørende

Pårørende er en viktig ressurs for den alvorlig syke og døende pasienten. De kjenner pasienten godt og kan gi viktig informasjon videre til helsepersonell. Mange pårørende ønsker også å bidra med stell og omsorg. For at det skal være mulig, har de behov for informasjon om sykdommen, behandlingen og forventet utvikling. Det er derfor viktig at de nærmeste pårørende inviteres til samtale så tidlig som mulig. Ofte vil det være behov for samtaler sammen både med pasienten og egne samtaler med pårørende. På sykehus er det spesielt tverrfaglig palliativt team som kobles inn for å planlegge og gjennomføre slike samtaler (Helsedirektoratet, 2015, s. 30,31).

Det er også viktig å ivareta de pårørendes egne behov. Dette vil være vesentlig både for å redusere belastningen i selve sykdomsperioden og med tanke på sorgprosessen og tiden etter dødsfallet. Sykdom og død fører ofte til endrede roller i en familie, og kan også ledesages av økonomiske problemer. Ivaretagelse av de pårørende vil indirekte også være en hjelp for pasienten. Å involvere

de pårørende i beslutninger omkring stell og behandling av pasienten har trolig en positiv effekt på hvordan de vil oppleve belastningen i perioden etter dødsfallet (Helsedirektoratet, 2015, s.31).

Ivaretagelse av de pårørende omfatter også oppfølging i forbindelse med dødsfallet. Når døden har inntrådt, må de pårørende få tid til å ta avskjed og få mulighet til å delta i stellet av den døde – om det er ønskelig. Det er mange praktiske gjøremål forbundet med et dødsfall. En "etterlatte mappe" med praktisk informasjon kan være til hjelp i denne situasjonen, og den er det sykepleier som leverer ut og informerer om (Helsedirektoratet, 2015, s.30,31).

Retningslinjer i forhånd til ivaretagelse av pårørende er spesielt beskrevet de yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. De yrkesetiske retningslinjene ligger som et etisk fundament og er førende for all utøvelse av sykepleie. De har som overordnet mål at sykepleieren skal vise respekt og omtanke for pårørende. En skal bidra til at pårørendes rett til informasjon blir ivaretatt og samhandle med pårørende og behandler deres opplysninger med fortrolighet (Norsk sykepleierforbund, 2011).

3.4.2 Forskning om pårørende til terminale pasienter

Forskningen jeg har gjennomgått viser at det var av stor betydning for de pårørende til terminale pasienter at informasjonen om terminal fase og pleie var tilgjengelig, tydelig og nøyaktig. Dette gjorde at de følte seg mer trygg og komfortable i den vanskelige situasjonen de befant seg i (Royak-Schaler et al., 2006).

De pårørende er en stor ressurs og viser et sterkt ønske om å være tilstede for pasienten gjennom hele sykdomsforløpet. Studier viser at når pasienten blir tiltagende fysisk dårlig og nærmer seg døden øker også de pårørendes angst, depresjon og psykososiale stress. De har på grunn av dette økt risiko for å utvikle både fysisk og psykisk sykdom (Williams & Mccorkle, 2011).

Hvilke kunnskap – og informasjons behov de pårørende har i en palliativ fase blir gjennomgått i en kvalitativ systematisk oversikt. Her vises det til hvor viktig kommunikasjon og informasjon mellom pårørende og omsorgsperson er. Ene studien viser også at pårørende søker å kunne ha et personlig forhold til helsepersonellet og at de ønsket å ha jevnlig kontakt for å sikre seg god forståelse for hvordan sykdomsfasen utvikler seg. Tillitt var et nøkkelbegrep som går igjen i flere studier og ble opprettholdt ved at en pårørende og helsepersonell hadde jevnlig kontakt og at informasjonen opplevdes som god (Docherty et al.,2008).

3.5 Joyce Travelbee sin sykepleierteori

Sykepleie er i følge Travelbee en mellommenneskelig prosess, fordi den direkte eller indirekte handler om mennesker. Sykepleier er i kontakt med individer som er både syke og friske, deres familie eller besøkende. For Joyce Travelbee er kommunikasjon en dynamisk prosess og et instrument i sykepleiesituasjonen. Kommunikasjon er imidlertid først og fremst et slags middel en kan bruke for å opprette et-menneske-til-menneske-forhold, som igjen vil bli et middel for å realisere sykepleiers formål. Dette formålet formulerer Joyce Travelbee som å hjelpe et individ, en familie eller et samfunn til å unngå eller mestre opplevelsen av sykdom og lidelse. Og eventuelt også å finne en slags mening i opplevelsen. Et-menneske-til-menneske-forhold etableres ifølge Travelbee gjennom en interaksjonsprosess som har flere faser. Disse er det innledende møte, fremveksten av identiteter, empati, sympati og etablering av gjensidig forståelse og kontakt (Travelbee, 1999).

Sagt på en annen måte kan en bruke kommunikasjon som et middel for å bli kjent med pasienten, men også hans familie. Gjennom kommunikasjon blir sykepleieren kjent med pasienten og pårørende og en sikrer at tiltak som blir gjort er i samsvar med personens behov. En kan bruke kommunikasjonen til å forstå, møte deres behov og hjelpe til mestring av sykdom, lidelse, smerte og sorg. Sykepleieren bruker kommunikasjon for å søke å gi informasjon, og den syke og hans/hennes pårørende bruker kommunikasjon for å få hjelp. Sykepleieren kommuniserer også for å motivere og påvirke syke mennesker, og blir gjensidig påvirket av dem. På denne måten formidler sykepleieren omsorg for den han/hun har ansvaret for, dette kan være gjennom blick eller måter han/hun utfører sine handlinger på. Pasienten eller pårørende kommuniserer ut i fra sin oppfatning av sykepleieren, det vil altså si i hvilken grad han betrakter han/hun som et hjelpende menneske (Travelbee, 1999).

4 Drøfting

I første del av drøftingskapittelet vil jeg presentere en opplevelse fra praksis som har gjort sterkt inntrykk på meg. Historien er anonymisert. Jeg ønsker å bruke denne situasjonen videre i drøftingen for å belyse problemstillingen, samt bruke litteratur og forskning som tidligere presentert. Jeg ser ved gjennomgang av litteratur og forskning, samt av egne erfaringer hvor viktig det er at pårørende føler seg sett og tatt vare på og at de har tillitt til at deres kjære får god pleie og omsorg når de er døende. Derfor ønsker jeg hovedsakelig å fokusere på disse aspektene i dette drøftingskapittelet.

4.1 Opplevelse fra praksis

En eldre mann i 70-80 årene blir innlagt på kreftsengeposten. Han har for kort tid siden vært innlagt på annen medisinsk post med det en trodde var smerter relatert til hans tidligere kroniske sykdom. Det viser seg derimot at han har kreft med metastaser til skjelettet. Mannen blir vurdert til å ikke kunne ha effekt av noe kurativ behandling, og blir innlagt på palliativ avdeling for lindrende behandling. Det er dessverre kort forventet levetid på grunn av omfattende metastaser. Jeg møter mannen og hans kone i avdelingen når jeg er på jobb.

Møtet med dem skal vise seg og sette dype spor i meg. Ekteparet var et virkelig nydelig par. Andre i avdelingen kjente dem litt fra før og fortalte meg at de var kjent for alltid å leie hender når de var ute og gikk i byen og alltid samarbeidet om arbeid i hjemmet. En kunne merke kjærligheten mellom dem allerede ved første møtet. Det var noe helt spesielt med måten de både snakket til hverandre og så på hverandre på. Etter over 50 års ekteskap lyste de fortsatt av kjærlighet og respekt.

Mannen blir dessverre fort dårligere og går inn i terminal fase etter bare litt over en uke. Møtet med konen og hans to sønner som også var der mye skulle vise seg å bli veldig spesielt. Jeg merket at konen og sønnene hadde stor tillitt til oss som sykepleiere og følte seg sikre på at mannen og faren hadde det så godt som han kunne i denne fasen. Han fikk smertepumpe med både smertestillende og beroligende medikament og han ble lagt på Liverpool Care Pathway (LCP) for å sikre god omsorg og behandling. Både konen og sønnene gav tydelig uttrykk for at de satt stor pris på alt som ble gjort for mannen og faren deres, men også for de små tingene vi gjorde for dem. Vi sørget for at de fikk sove på samme rom hver natt, vi ordnet mat til dem og vi sørget for å være ofte innom dem for å vise at vi var tilstede og svarte på spørsmål de måtte ha. De kom med utsagn som; «dere er bare så gode med oss her» og «vi kunne ikke følt oss bedre ivaretatt». Mannen dør tidlig en morgen før jeg kommer på dagvakt. Jeg blir fortalt at han dør med sin kone holdende rundt ham og sønnene som sov ved siden av. En verdig og fredelig avslutning fylt av livslang kjærlighet.

«Til døden skiller dere ad».

4.2 Pårørende føler seg sett og tatt vare på

Hva var det som gjorde at denne situasjonen trass sorg, smerte og tap likevel opplevdes som en god opplevelse for de pårørende? I denne situasjonen gav de uttrykk for at de følte seg sett og tatt vare på av sykepleierne. De var ikke pasienter, men hadde like fullt et sterkt behov for at sykepleieren så dem, gav dem omsorg og oppmerksomhet. Trass sorgen og den tøffe tiden de stod midt oppe i gav de uttrykk for takknemlighet for måten de ble behandlet og møtt på.

Smerten deres var så sterk, det var så mange spørsmål. Frykt for fremtiden og frykt for døden. Slik jeg har opplevd og erfart kan pårørende til palliative kreftpasienter føle seg utsatt for stort press og store lidelser. De står i en situasjon hvor de er i ferd med å miste en som står dem nær, med all den smerte det bærer med seg. De skal støtte, trøste, og være til stedet for den som holder på å forlate denne verden. De er pasientens aller viktigste ressurs og støtte og vil bli deres medfølgere på en reise som kan være både smertefull og vond. Samtidig kan de føle seg som et mellomledd, der de på ene siden så sterkt ønsker å være til stedet for pasienten, men også har sin egen smerte og sorgreaksjon å forholde seg til. Dette viser også forskning ved at det er en stor psykososial påkjenning for de pårørende å være pasientens omsorgsyrer (William & Mccorkle, 2011).

Pasienten hadde omfattende metastaser til skjelettet og en så for seg kort forventet levetid. Den verst mulige beskjed en familie kan få. Palliativt team ble koblet inn for best mulig å kunne støtte familien, symptomlindre pasienten og ikke minst gi råd og svare på spørsmål. Dette sa de selv var til stor hjelp for å forberede seg og de fikk svar på spørsmål de hadde. For eksempel hadde de spørsmål og bekymringer for hvordan det ville oppleves og ikke klare å ta til seg mat og drikke. Mange pårørende er bekymret for at pasienten skal oppleve sult og ekstrem tørste når de ikke lenger klarer å ta til seg mat og drikke. Ved å gi god informasjon om hvor lindrende god, regelmessig munnstell vil oppleves for pasienten vil pårørende føle seg mindre usikre og redde. At sykepleier er trent til å gi denne typen informasjon vil føre til et bedre samarbeid med de pårørende, og de vil trolig også engste seg mindre (Royak-Schaler et al., 2006). Jeg tenker at dersom de pårørende ikke er forberedt på hva den terminal fasen innebærer, så kan det oppleves som en svært skremmende og utrygg tid. Selv om palliativt team har samtaler og gir mye god informasjon, er det ikke sikkert at pårørende eller pasient husker alt som ble sagt. Dette kan tenkes er fordi det er både trist, skremmende, overveldende og vanskelig informasjon å skulle ta innover seg. Derfor ser jeg viktigheten av at jeg som sykepleier også informerer. Forskning viser at informasjon er viktig for at pårørende skal føle trygghet og det kan som nevnt føre til et bedre samarbeid mellom sykepleier og pårørende (Royak-Schaler et al., 2006).

Litteratur og forskning viser hvor stor forskjell det utgjør når helsepersonell gjør seg «tilgjengelig» for pårørende. Med det menes at sykepleier viser at en er tilgjengelig for spørsmål, tar seg tid til å prate og viser seg tilgjengelig med kroppsspråket. Disse små, enkle tingene opplevdes svært positivt for pårørende (Royak- Schaler et al., 2006). Det kreves likevel kompetanse å skulle «stå i» disse situasjonene. Menneskene en som sykepleier møter er i sitt livs krise, de skal miste en av sine aller kjæreste i døden. Det er en vanskelig situasjon for sykepleier å være oppe i, og det kan oppleves enklere for eksempel å late som man har det travelt, enn å gå inn i de vanskelige situasjonene og møtene. Ved å sikre at personalet har god kompetanse og erfaring vil sykepleier føle seg bedre rustet til å gå inn i disse situasjonene, og de vil ikke minst fremstå som trygge og erfarne hjelpere en kan stole på. Ellingsen viser også til viktigheten av ferdighetstrening, slik at sykepleier føler seg trygge på det de gjør (Ellingsen, 2015).

Som sykepleier er en ofte den personen som ikke kan velge vekk å gå inn i disse situasjonene, uansett hvor vanskelig e og tøffe de måtte være. De yrkesetiske retningslinjene som er førende for all sykepleie viser til at en skal vise respekt og omtanke for pårørende (Norsk sykepleierforbund, 2011). Hvor mye en som sykepleier engasjerer seg og på hvilken måte en viser omsorg på vil på den andre side alltid være ulikt fra person til person. Dette sier også Travelbee ved at det kreves mot å engasjere seg i andres lidelse (Travelbee, 1999). Noen vil muligens også tenke at de ikke må gå for personlig inn i alle møter for å skulle klare å stå i slike situasjoner over tid.

Pårørende til terminale pasienter kan føle at de mister kontroll over situasjonen de er i, og da kan det virke beroligende for dem at sykepleier fremstår som trygge, sikre og kompetente. Jeg tror at dersom pårørende opplever at sykepleier ikke har god nok kompetanse, så vil de også føle seg utrygge på om pasienten blir godt ivaretatt og får den pleien han skal ha. Jeg har selv i praksis erfart at pårørende legger godt merke til hvordan en som sykepleier behandler og viser pasienten omsorg på. Med dette i tankene tror jeg det er særlig viktig at jeg som sykepleier er bevisst min egen fremtoning ved at jeg er trygg og faglig oppdatert, og at jeg er oppmerksom hvordan jeg samhandler og viser omsorg for pasienten. Hvor viktig det er å opptre rolig i samvær og samhandling med pasient og pårørende viser også Ellingsen til i sin doktorgrad (Ellingsen, 2015).

Konen og sønnene fra den opplevde situasjonen gav uttrykk for at små enkle ting som at de fikk sove på enerom med pasienten, at vi ordnet mat til dem, hentet håndklær til dem så de fikk dusje om morgenen og så videre var verdifulle. Mange pårørende sliter seg helt ut fordi de ønsker å være tilgjengelig for den syke pasienten hele døgnet. Sykepleier bør derfor se til at pårørendes grunnleggende behov som hvile, søvn, mat og personlig hygiene blir opprettholdt. Da har de mer overskudd til å være til stedet for pasienten og kan være bedre og mer hjelpende «medfølgere» på

denne vanskelige reisen. Dette er i tråd med doktoravhandlingen til Ellingsen. Hun skriver at å tilby hjelp istedenfor at pasienten, eller i dette tilfelle pårørende, må be om hjelp har stor betydning. Konkret betyr det at sykepleier er i forkant og uoppfordret kontakter de pårørende og spør om det er noe de kan bistå med (Ellingsen, 2015).

4.3 Tillitt til at deres kjære får god pleie

At pårørende føler tillitt til at deres kjære får den beste mulige pleie i den siste tiden vil være av stor betydning. Den eldre mannen i caset fikk satt i gang tiltak etter Liverpool Care Pathways (LCP). Dette innebar at hans smerter og plager skulle best mulig lindres, men også at de pårørende ble tett fulgt opp. God informasjon og kommunikasjon ble viktig for at pårørende skulle forstå hva som skjedde og klare å være tilstede. I LCP tiltaksplan blir det jevnlig etterspurt om informasjon er gitt til pasient og pårørende (Vedlegg 2).

God lindrende behandling av smerter og plagsomme symptomer er fundamentet for god livshjelp. Eksempler på symptomer som må lindres i terminal fase er smerte, kvalme, pusteproblem, angst og depresjon. Kvaliteten på den lindrende behandlingen er av avgjørende betydning både for den syke og de nære pårørendes livskvalitet (Sæteren, 2008). Om pasienten har sterke smerter eller har andre fysiske plager vil dette trolig oppleves svært traumatisk for de nære pårørende. Men om en på den andre side klarer å lindre disse plagene ved å gi god smertelindring, kvalmelindring, gi medikament for å lette respirasjon eller angst og uro vil trolig pasienten ha det mye bedre, være rolig og klare å hvile. Da vil trolig også denne tiden oppleves mye lettere for pårørende.

Jeg tenker at det på et generelt grunnlag er positivt at de pårørende kan involveres i omsorgen for pasienten. Men på den andre side er det viktig at jeg som sykepleier sanser hva de pårørende ønsker og i hvilken grad de ønsker å bidra. Kanskje er de usikre på hva de kan gjøre, og de kan være redde for å gjøre noe feil. De kan trenge støtte og råd ut ifra hva sykepleier med sine kunnskaper og erfaringer tror er det beste i situasjonen (Hynne, 2001). Dersom jeg for eksempel informerer og demonstrerer ulike praktiske handlinger som de kan hjelpe til med, som å fukte leppene eller vise hvordan en kan utføre et lett endringsleie så vil de muligens føle seg mer trygg i situasjonen.

På den andre side vil det være viktig at jeg kan sanse når de pårørende har behov for avlastning. Da kan jeg overta de praktiske handlingene og for eksempel sitte med pasienten så han ikke er alene, slik at de kan få seg en liten pause. Dette gjorde vi i historien om den eldre mannen. Vi så at de pårørende var slitne. Men i utgangspunktet ønsket ikke konen eller sønnene å forlate ham, selv i korte perioder. De var så redde for at han skulle dø fra dem om de forlot rommet. Vi forsikret dem da om at vi skulle være hos pasienten hele tiden, og kontakte dem om det skulle bli store endringer i hans fysiske tilstand. Da følte de seg trygge til å gå ut av rommet for en velfortjent pause. Dette ser

en også er i tråd med doktoravhandlingen til Ellingsen med tanke på å tilby hjelp istedenfor at de måtte spørre om det(Ellingsen, 2015).

For at de pårørende skulle føle seg trygge til å forlate pasienten i kortere perioder tenker jeg det var viktig at de hadde tillitt til både meg og de andre sykepleierne. Konen til den eldre mannen så ofte på oss med et takknemlig blikk når hun forlot rommet i slike korte perioder og hun kom med utsagn som: «Tusen takk. Vi vet at han er i trygge hender nå». Det var blitt opparbeidet et tillitsforhold og et menneske-til-menneske-forhold mellom konen, sønnene og oss som sykepleiere. Det å ha etablert dette forholdet hadde innvirkning for hvordan vi viste omsorg for dem på. Har man etablert et slikt forhold har sykepleieren i følge Travelbee (1999) blitt kjent med pårørende og omvendt, og de har oppnådd gjensidig forståelse og kontakt. På denne måten kan sykepleieren lettere se hvilke behov pårørende har og kan yte omsorg ut ifra det. På den andre side har jeg sett i praksis at det er viktig at en skal kunne vise omsorg uten og nødvendigvis ha opparbeidet dette menneske-til-menneske-forholdet. Når jeg arbeidet ekstravakter på kreftsengeposten var det ikke alltid at jeg hadde fått mulighet til å bli kjent med de pårørende til døende pasienter før døden var helt nært forestående. Da måtte jeg være ekstra oppmerksom min egen rolle og tre varsomt i møte med de pårørende. Jeg kan oppleves som en fremmed da jeg ikke hadde fått mulighet til å bygge en relasjon med verken pasienten eller de pårørende. Dette støtter også forskning ved å si at pårørende helst søker å ha et personlig forhold til helsepersonell (Docherty et al., 2008). En ser av dette at det tar tid å bygge en relasjon og et tillitsforhold og det krever erfaring.

5 Avslutning

I denne oppgaven ønsket jeg å få mer kunnskap om hvordan sykepleier på best mulig måte kan ivareta pårørende til pasienter til terminale pasienter. Hensikten med å skrive oppgaven var å kunne tilegne meg nok kunnskap for å kunne opptre som en faglig sterk, trygg og imøtekommende sykepleier i møte med både pasient og pårørende. Jeg har systematisk gjennomgått både faglitteratur og forskning om emnet og har ved hjelp av dette fått en økt forståelse for hvordan pårørende har det og hva de opplever i en slik situasjon. Jeg har brukt mine erfaringer fra praksis sammen med det jeg har lært fra lest litteratur for å kunne belyse og svare på problemstillingen.

Ved å fordype meg i sykepleieteorien til Joyce Travelbee har jeg lært viktigheten av å bruke kommunikasjon som et middel og viktigheten av å bruke tid på å opparbeide et tillitsforhold. For å kunne yte god omsorg til pårørende til terminale pasienter forutsetter det at jeg klarer å opparbeide et tillitsforhold og en god relasjon. Det er en stor psykososial påkjenning å være omsorgsnyter til en som skal dø og derfor blir det svært avgjørende at sykepleier ivaretar de pårørende på en god måte. Jeg ser at god informasjon, at de pårørende føler seg sett og ivaretatt og praktiske tiltak bidrar til dette. Samhandling med de pårørende krever også at de har tillitt til at jeg vil yte best mulig pleie til pasienten, og jeg må møte de med respekt, empati, åpenhet og verdighet. Det kommer frem fra forskning at pårørende ønsker en følelse av personlig relasjon til sykepleier, og dette må jeg ta med meg videre. Jeg ser også at erfaring har stor betydning når jeg skal gi omsorg til de pårørende.

Denne oppgaven har vært veldig spennende og givende å arbeide med og jeg føler at jeg har klart å belyse problemstillingen på en god måte. Jeg tror at jeg som nyutdannet sykepleier vil ha stor nytte av arbeidet jeg har lagt ned med denne oppgaven og at jeg vil føle meg tryggere og bedre rustet i møte med pårørende til terminale pasienter.

6 Litteraturliste

Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Docherty, A, Owens A, Asadi-Lari M, Petchey R, Williams J, Carter Y. (2008) Knowledge and information needs of informal caregivers in palliative care: a qualitative systematic review. *Palliative Medicine*, 22: 153-171. doi: 10.1177/0269216307085343

Ellingsen, S. (2015). *Tiden i livet og livet i tiden. Opplevelse av tid ved langt kommet og uhelbredelig sykdom En fenomenologisk studie* (Doktoravhandling). Det medisinske odontologiske fakultet, Universitetet i Bergen, Bergen.

Forsberg, C., & Wengstrøm, Y. (2013). *Att göra systematiska litteraturstudie*. Stockholm: Forfattarna och Bokforlaget Natur og Kultur.

Helse Førde (2015). *helse-forde.no*. Hentet 15 mai 2015 fra <http://www.helse-forde.no/no/OmOss/Avdelinger/kreft/palliativt-team/Sider/Meir-om-Palliativt-team.aspx>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2015). *Omsorg 2020. Regjeringens plan for omsorgsfeltet 2015-2020*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

Helsedirektoratet. (2015) Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen (Veileder IS-2285/2015). Oslo: Direktoratet.

Hynne, B. A. (2001). Familien, den terminale kreftpasienten og sjukepleia. I M. Kirkevold, & K. S. Ekern (red.), *Familien i sykepleiefaget* (ss. 150-169). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Institutt for populasjonsbasert kreftforskning (2015). *Kreftregisteret.no*. Hentet 17.april 2015 fra <http://www.kreftregisteret.no/no/Generelt/Fakta-om-kreft-test/>

Kaasa, S. (2008). Palliativ medisin - en introduksjon. I S. Kaasa (red.), *Palliasjon* (ss. 31-47). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kaasa, S., & Loge, J. (2008). Diagnostikk innen palliasjon - en generell innføring. I S. Kaasa (red.), *Palliasjon* (ss. 75-88). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kirkevold, M. (2001). Familien i et helse- og sykdomsperspektiv. I M. Kirkevold, & S. K. Ekern (red.), *Familien i sykepleierfaget* (ss. 24-44). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kreftforeningen. (2013) *Spørsmål om døden*[brosjyre]. Oslo: Kreftforeningen.

- Nome, O. (2008). Generell onkologi. I A. Reitan, & T. K. Schølberg (red.), *Kreftsykepleie. Pasient - utfordring - handling* (2.utg.) (ss. 272-299). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Norsk sykepleierforbund (2011). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. *Nsf.no*, 11-2011, 1-44.
Hentet fra https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf
- Pasient- og brukerrettighetsloven (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven)*. Hentet 17.april 2015 fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient+og+brukerrettighetsloven>
- Reitan, A. (2008). Kommunikasjon. I A. M. Reitan, & T. K. Schjøberg (red.), *Kreftsykepleie. Pasient - utfordring - handling* (2.utg.) (ss. 65-83). Oslo: Akribe Forlag AS.
- Reitan, A. M. (2008). Pårørende. I A. Reitan, & T. K. Schølberg (red.), *Kreftsykepleie, Pasient - utfordring - handling* (2.utg.) (ss. 205-214). Oslo: Akribe Forlag AS.
- Royak –Schaler R, Gadalla S, Lemkau J, Ross D, Alexander C, Scott D. (2006) Family Perspectives on Communication With Healthcare Providers During End-of-Life Cancer Care. *Oncology Nursing Forum* ,33 (4) 753-760. doi: 10.1188/06.ONF.753-760
- Sæteren, B. (2000). Omsorg for døende pasienter. I A. Reitan, & T. K. Schølberg (red.), *Kreftsykepleie, Pasient - utfordring - handling* (2.utg.) (ss. 174-192). Oslo: Akribe Forlag AS.
- Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Williams, A. L & Mccorkle, R. (2011). Cancer family caregivers during the palliative, hospice, and bereavement phases: A review of the descriptive psychosocial literature. *Palliative and Supportive Care*, 9, 315-325. doi: 10.1017/S1478951511000265

7 Vedlegg 1

Søkedato	Database Tidsrom 2005-dd	Søkeord	Antall treff	Avgrensning	Hva jeg gjorde med treffene	Resultat
12.04.2015	PubMed	Patient relatives	61655	Siste 5 år. Fagfelleverdert.	For mange treff, la inn kombinasjon av søkeordene i stedet.	
	PubMed	(patient relatives) (terminal care OR palliative care) (oncology nursing) (nurse-patient relations)	11	Siste 5 år. Fagfelleverdert.	Gikk gjennom treffene, ingen gode artikler.	0
16.04.2015	Academic Search Premier	Next of kin	609	Siste 10 år. Academic journals. Fagfelleverdert.	For mange treff,, la inn kombinasjon av søkeord	0
		(Next of kin) AND (terminal care)	24	Siste 10 år. Academic journals. Fagfelleverdert.	Leste gjennom alle overskriftene, men fant ingen passende artikler.	0
17.04.2015		(Patient relatives) AND (terminal care) AND (cancer)	31	Siste 10 år. Academic journals. Fagfelleverdert.	Leste gjennom alle overskriftene. Fant 1 passende artikkel	1
		(Nursing) AND (caretakers) AND (palliative care)	8	Siste 10 år. Academic journals. Fagfelleverdert.	Leste gjennom alle overskriftene. Fant ingen passende artikler.	0
		(Nursing care) AND (caregivers) AND (palliative care or end of life care)	212	Full text, siste 10 år, Academic journals. Fagfelleverdert.	Leste gjennom alle overskriftene, og abstractene på de som såg passende ut. Fant to passende artikler, men ved gjennomgang ser jeg at jeg bare ønsker å bruke ene.	1

8 Vedlegg 2

TILTAKSPLAN FOR OMSORG TIL DØENDE

LIVERPOOL CARE PATHWAY LCP

BRUKSMAPPE

Et verktøy for å kvalitetssikre ivaretagelsen av døende og deres pårørende på Førde sentralsjukehus.

Når denne planen settes i gang, erstatter den all annen dokumentasjon utenom kurvearket og blir den eneste form for rapport som brukes.

INNHOOLD I PLANEN:

- Forside med bruksveiledning
- Del 1: Første vurdering (v/ inklusjon)
- Del 2: Fortløpende vurderinger: Er målet oppnådd?
- Del 3: Ved dødsfallet
- "Når målet ikke er oppnådd"

Etter dødsfallet skal planen skannes inn i elektronisk journal.



Namnclapp:

Liverpool Care Pathway (LCP) for SJUKEHUS **Ein tiltaksplan for omsorg til døyande og deira pårørande**

Referansar:

The National Council for Palliative Care (2006) Changing Gear: Guidelines for Managing the Last Days of Life in Adults. London: The National Council for Palliative Care.

Ellershaw JE, Wilkinson S, eds. (2011). Care of the dying: A pathway to excellence. Second edition. Oxford: Oxford University Press.

Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen (rev. utgave 2010). Oslo: HelseDirektoratet.

Nettsider: www.mcpcil.org.uk/liverpool-care-pathway/ og www.helse-bergen.no/lindrendebehandling

Brukar-retteiing:

1. Alle mål er skrivne med **utheva** skrift. Tiltak, som er ei hjelp til å nå måla er skrivne med vanleg skrift.
2. Retningslinjer for symptomlindring er på dei siste sidene i skjemaet. Vis til retningslinjene når det trengs.

Helsepersonell står fritt til å gjere sine egne faglege vurderingar, men alle endringar i forhold til dei tilrådde retningslinjene i tiltaksplanen skal dokumenterast som eit avvik på siste side.

Kriteriar for å bruke denne tiltaksplanen for omsorg til døyande:

- Alle moglege reversible årsaker til pasienten sin tilstand er vurderte.
- Det tverrfaglege teamet er enige om at pasienten er døyande. To av følgjande kriterium vil vanlegvis vere oppfylte:

Pasienten er sengeliggjande Ein får i lengre periodar ikkje kontakt med pasienten

Pasienten klarer berre drikke små slurkar Pasienten kan ikkje lenger svelgje tablettar

Når denne planen vert sett i gang, erstattar den all annan dokumentasjon og blir den einaste forma for dokumentasjon som brukast. Dokumentasjon av medikamentordinasjon og -utlevering følgjer sjukehuset sine vanlege retningslinjer.

Dato/Klokkeslett:

Avd.:

Lege:

Sjukepleiar:



Namn:.....

Avd:.....

Dato:

Del 1		Første vurdering (vurdering ved inklusjon)		
Diagnose og personopplysningar	Hovuddiagnose:	Bidiagnosar:		
	Personnummer:	<input type="checkbox"/> Mann <input type="checkbox"/> Kvinne Nasjonalitet:		
	Innlagt dato:			
Symptom og funn	Klarer ikkje å svelgje	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	Vaken	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei
	Kvalme	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	Bevisst	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei
	Brekningar, oppkast	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	Vannlatingsproblem, UVI	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei
	Obstipert	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	Kateterisert	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei
	Forvirra	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	Surkling i luftvegane	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei
	Uroleg, agitert	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	Dyspnoe	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei
	Rastlaus	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	Smerte	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei
	Anspent, engsteleg	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	Anna (f.eks. ødem, kløe)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei
Delmål ved første vurdering	Mål 1 Aktuell medisinerer er vurdert og ikkje formålstenlege medikament er seponerte			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei
	Formålstenlege perorale medikament er endra til subkutane, og subkutan pumpe er sett i gang dersom tenleg. Ikkje formålstenlege medikament er seponerte.			
	Mål 2 Behovsmedisinering til subkutan administrasjon er ordinert for følgjande symptom etter avdelinga sine prosedyrar:			
	Smerter - smertestillande	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nei	
	Uro, agitasjon - beroligande	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nei	
	Surkling i luftvegane - antikolinergikum	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nei	
	Kvalme og brekningar - kvalmestillande	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nei	
	Dyspnoe - angstdempande/muskelavslappande	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nei	
	Mål 3 Ikkje formålstenlege tiltak vert seponerte			
	Blodprøver	<input type="checkbox"/> ikkje aktuelt	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nei
Antibiotika	<input type="checkbox"/> ikkje aktuelt	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nei	
Intravenøs-væske	<input type="checkbox"/> ikkje aktuelt	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nei	
Journalført at resuscitering ikkje er aktuelt (HLR -)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nei		
Deaktivering av implantert defibrillator (ICD)	<input type="checkbox"/> ikkje aktuelt	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nei	
Kontakt pasienten sin kardiolog Vis til lokale retningslinjer og prosedyrer Gje ev. informasjonsbrosjyre til pasient/pårørande				
Underskrift lege:	Dato:			
Mål 3a Det er bestemt å avslutte ikkje formålstenlege pleietiltak			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	
Skal ein ha eit regime for å smu pasienten, eller berre gjere det ved behov, vurdere anti-decubitusmadrass, vurdere huda, skal ein framleis ta BT, puls og temp, osv				
Mål 3b Smertepumpe er sett i gong innan 4 timar etterforordning av legen			<input type="checkbox"/> ikkje aktuelt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	
Underskrift sjukepleiar:	Dato:	Klokkeslett:		



Namn:.....

Avd:.....

Dato:

Del 1	Første vurdering – (framhald)
Innsikt/forståing	<p>Mål 4 Evne til å kommunisere på norsk er vurdert som adekvat</p> <p>hjá pasienten <input type="checkbox"/> komatøs <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei</p> <p>hjá pårørende (familie eller andre) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei</p> <p>Mål 5 Innsikt i pasienten sin tilstand er vurdert:</p> <p>Pasienten er klar over diagnosen <input type="checkbox"/> komatøs <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei</p> <p>Pårørende er klar over diagnosen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei</p> <p>Pasienten er klar over at han/ho er døydande <input type="checkbox"/> komatøs <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei</p> <p>Pårørende er klar over at pasienten er døydande <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei</p>
Åndeleg omsorg	<p>Mål 6 Religiøse/åndelige behov er vurderte</p> <p>hjá pasienten <input type="checkbox"/> komatøs <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei</p> <p>hjá pårørende <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei</p> <p>Pasienten eller pårørende kan vere engstelege for seg sjølv eller andre. Vurder spesielle behov i forhold til familien sin kulturelle bakgrunn. Vurder støtte frå prest eller annan kontaktperson.</p> <p>Pasienten si trusretning eller livssyn er kjent <input type="checkbox"/> ikkje aktuelt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei</p> <p>Dersom ja, kva slag: Det er gjeve tilbod om kontakt med prest /annan kontaktperson <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei</p> <p>Navn: tlf: dato:</p> <p>Kommentarar (spesielle behov no, i samband med dødsfallet, etter dødsfallet):</p>
Kommunikasjon med pårørende	<p>Mål 7 Det er avtalt korleis pårørende skal få beskjed dersom tilstanden til pasienten endrar seg <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei</p> <p>- uansett tidspunkt på døgnet <input type="checkbox"/></p> <p>- ikkje om natta <input type="checkbox"/></p> <p>- pårørende overnattar på sjukehuset <input type="checkbox"/></p> <p>Næraste pårørende: tlf:</p> <p>Relasjon til pasienten:</p> <p>Ev. annan pårørende: tlf:</p> <p>Relasjon til pasienten:</p> <p>Mål 8 Pårørende har fått informasjon om sjukehuset <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei</p> <p>Skriftleg informasjon om parkering, telefon, mat og drikke, overnatting og annan praktisk informasjon</p>
Kommunikasjon med primærhelsetenesta	<p>Mål 9 Fastlegen er klar over tilstanden til pasienten <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei</p> <p>Heimesjukepleien er informert <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei</p>
Samandrag	<p>Mål 10 Plan for vidare behandling og pleie er forklart for og drøfta med pasienten <input type="checkbox"/> komatøs <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei</p> <p>pårørende <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei</p> <p>Mål 11 Pårørende gir uttrykk for at dei forstår kva som er planen vidare <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei</p> <p>Pårørende er klar over at vidare behandling og pleie har fokus på at pasienten er døydande. Pårørende har fått kome fram med sine ynskje og bekymringar og desse er dokumenterte. Tiltaksplanen kan drøftast dersom dette vert vurdert som formålstjenleg.</p>
<p>Dersom du har svara "nei" på eit av delmåla, bør du utdjupe svaret på siste side.</p> <p>Underskrift: Stilling: Dato:</p>	



Namn:.....

Avd:.....

Dato:

Del 2	Fortløpende vurderinger: Er målet nådd?					
Fortløpende vurderinger	<i>Kryss "ja" (mål nådd) eller "nei" (mål ikke nådd). Dersom svaret er nei, skriv tiltak og resultat på siste side.</i>					
Delmål	04:00	08:00	12:00	16:00	20:00	24:00
Smerter Mål: Pasienten er smertefri - Pasienten seier det (dersom han er ved bevissthet) - Pasienten er smertefri ved bevegelse - Pasienten virkar frodfull - Vurder behov for å endre leie	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei
Uro/forvirring Mål: Pasienten er roleg og avslappa - Pasienten viser ikkje teikn på delirium, dødsangst eller uro ("plukkar") - Utelukk urinretensjon som årsak - Vurder behov for å endre leie	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei
Surkling i luftvegane Mål: Pasienten er ikkje plaga med uttalt surklag - Medikament skal gjevast så snart symptom oppstår - Vurder behov for å endre leie - Symptomet er drøfta med pårørende	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei
Kvalme og oppkast Mål: Pasienten er ikkje kvalm og kastar ikkje opp - Pasienten seier det (dersom han er bevisst)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei
Dyspnoe (tung pust) Mål: Pasienten er ikkje plaga av tung pust - Pasienten seier det (dersom han er bevisst) - Vurder behov for å endre leie	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei
Andre symptom (f eks ødem, kløe)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei
Behandling/prosedyrar						
Munnstell Mål: Munnen er fuktig og rein - Sjø retningslinjer for munnstell - Munnen skal vurderast minst kvar 4. time - Pårørende tek del i munnstellet	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei
Vannlatingsproblem Mål: Pasienten er utan plager - Legg inn kateter dersom retensjon - Bruk kateter eller bleier dersom tilstanden fører til inkontinens	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei
Medikament Mål: Alle medikament er gjevne korrekt i samsvar med forordning - Smertepumpe skal kontrollertast minst kvar 4. time	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei
Underskrift:						
<i>Bruk nytt ark for kvart døgn</i>						



Namn:.....

Avd:.....

Dato:

Del 2	Fortløpende vurderingar -framhald. Er målet nådd?	
<i>Kryss "ja" (mål nådd) eller "nei" (mål ikkje nådd). Derksom svaret er nei, skriv tiltak og resultat på siste side.</i>		
Delmål	08:00	20:00
Liggestilling/ trykkområde	Mål: Pasienten ligg godt og i trygge omgjevnar Klinisk vurdering av huda, ev. trykksår, behov for å endre leie, spesialmadrass. Personleg hygiene, stell i seng, stell av auge <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei
Tarmfunksjon	Mål: Pasienten er ikkje plaga av obstipasjon eller diaré <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei
Forståing/ Innsikt	Mål: Pasienten er klar over situasjonen - Pasienten får nødvendig informasjon og støtte gjennom ord, berøring og nærvær <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei
	Mål: Pårørende er førebudde på at døden er nær foreståande og at målet er fred og forsoning i møte med døden - Vurder forståing hjå pårørende, inkludert born og ungdom og dei som ikkje var til stades ved første vurdering - Forviss deg om at dei forstår at pasienten er døydde og kva slag tiltak som vert gjort for å lindre - Tilby støtte frå sjukehuspresten eller annan kontaktperson <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei
Åndeleg omsorg	Mål: Behovet for åndeleg omsorg er ivareteke - Pasienten eller pårørende kan vere engstelege for seg sjølv eller andre - Støtte frå sjukehuspresten kan vere til hjelp - Vurder spesielle behov i forhold til familien sin kulturelle bakgrunn <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei
Ivaretaking av pårande	Mål: Pårande sine behov er ivaretekne - Vurder pårande sine behov for helsehjelp eller sosial støtte; - Forviss deg om at dei er kjende med og finn fram til tilboda ved sjukehuset <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei
Underskrift av sjukepleiar: Dag: Kveld: Natt:		
<i>Bruk nytt ark for kvart døgn</i>		
Utfyllande kommentarar om forløpet (frå alle yrkesgrupper):		



Namn:

Avd:

Dato:

Del 3	Ved dødsfallet
-------	----------------

Dato:

Klokkeslett:

Klokkeslett attestert av lege:

Kven var tilstades:

Rapport:

Underskrift:

Delmål etter dødsfallet	
<i>Dersom svaret er nei, skriv tiltak og resultat på siste side</i>	
Mål 12 Fastlegen er informert om dødsfallet Ta kontakt neste arbeidsdag dersom dødsfallet skjer utanom arbeidstid Heimesjukaekleien er informert om dødsfallet	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei
Mål 13 Avdelinga sine prosedyrar ved dødsfall og ved stell av døde er følgde (spesielle religiøse/kulturelle behov er ivaretekne)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei
Mål 14 Avdelinga sine prosedyrar etter dødsfall er følgde Sjekk følgjande punkt: - syning av liket - fjerning av ev. pacemaker eller ICD pga kremasjon - obduksjon - registrering av dødsfallet/dødsattest fylt ut - journalen avslutta og epikrise diktert - beskjed formidla til ev. andre offisielle instansar	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei
Mål 15 Pårørande har fått informasjon om rutinar ved dødsfall Brosjyre med praktisk informasjon ved dødsfall er delt ut til pårørande	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei
Mål 16 Sjukhus-prosedyrane for pasienten sine verdisaker og eigendelar er følgde - Eigendelar og verdisaker er signerte for av identifisert person - Gjenstandar er pakka for seinare avhenting - Verdisakene er registrerte og lagra på ein trygg stad	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei
Mål 17 Nødvendig informasjon er gjeven til dei som skal ha han - Hefjet: "Når ein av våre nærmaste dør" er utlevert	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei
Mål 18 Skriftleg informasjon til etterlatne er gjeven til pårørande - Informasjonshefte om sorg og aktuell oppfølging i lokalmiljøet delt ut ("etterlattemappe")	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei
Underskrift:	Dato:



Namn:.....

Avd:.....

Dato:

Når målet ikkje er nådd:

Analyse av problem, tiltak og resultat:

Kva delmål vart ikkje nådd?	Tiltak for å nå målet	Effekt/resultat (Vart målet nådd?)
Underskrift: Dato/klokkeslett:	Underskrift: Dato/klokkeslett:	Underskrift: Dato/klokkeslett:
Underskrift: Dato/klokkeslett:	Underskrift: Dato/klokkeslett:	Underskrift: Dato/klokkeslett:
Underskrift: Dato/klokkeslett:	Underskrift: Dato/klokkeslett:	Underskrift: Dato/klokkeslett:
Underskrift: Dato/klokkeslett:	Underskrift: Dato/klokkeslett:	Underskrift: Dato/klokkeslett:
Underskrift: Dato/klokkeslett:	Underskrift: Dato/klokkeslett:	Underskrift: Dato/klokkeslett: