



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGAVE

Trygghet ved livets slutt

Safety at the end of life

Ingeborg Aasen og Solveig Engeland Sjursen

SK152 – Bacheloroppgave i sykepleie

Campus Førde/Avdeling for helsefag

Irene Sjursen

15/06/2020

SAMMENDRAG

Tittel:	Trygghet ved livets slutt	Dato: 15/06/2020
Deltaker(e):	Ingeborg Aasen	
	Solveig Engeland Sjursen	
Veileder(e):	Irene Sjursen	
Antall sider/ord:	18 sider/6996 ord	Antall vedlegg: 0
<p>Bakgrunn: I Norge ble over 34 000 mennesker diagnostisert med kreft i 2018, og personer med kreft utgjør majoriteten av dem som mottar palliativ behandling i dag. Hjemmesykepleien får stadig større ansvarsområde, og dette innebærer å tilrettelegge for at hjemmedød skal være mulig og trygt å gjennomføre. Oppgavens tema bunner i at flere og flere får realisert ønsket om å dø hjemme.</p> <p>Problemstilling: Hvordan kan sykepleier bidra til å fremme trygghet hos hjemmeboende brukere i palliativ fase?</p> <p>Metode: Oppgaven bygger på litteraturstudie som metode. Kildene baseres på faglitteratur og seks forskningsartikler, samt egne praksiserfaringer. Forskningen som er brukt er fagfellevurdert. Studiene omhandler palliasjon i hjemmet, hvor ulike perspektiv fra respondentene kommer frem.</p> <p>Funn: Studiene påpeker faktorer som bidrar til trygghet. Faktorene som går igjen er god relasjon mellom sykepleier og bruker, informasjon og kommunikasjon, familie, dyr, religion og hjemmet i sin helhet. Dersom sykdommens symptomer er vanskelige å lindre kan palliasjon i hjemmet oppleves utfordrende og mindre trygt.</p> <p>Konklusjon: Den palliative brukerens hverdag kan oppleves som uforutsigbar, og derfor må sykepleieren evne å tilrettelegge for at denne fasen av livet skal føles trygt. Sykepleieren må ha tilpasset kunnskap og evne til å bygge en relasjon som gir brukeren omsorg i en vanskelig tid. For å muliggjøre hjemmedød må pårørende inkluderes i pleien, da de er en del av grunnmuren i den hjemmebaserte omsorgen.</p>		
Nøkkelord: Palliasjon, hjemmebasert omsorg, trygghet, kreft, sykepleier.		

ABSTRACT

Title: Safety at the end of life	Date: 15/06/2020
Participant(s): Ingeborg Aasen Solveig Engeland Sjursen	
Supervisor(s): Irene Sjursen	
Number of pages/words: 18 pages/6996 words	Number of appendix: 0
<p>Background: More than 34 000 people were diagnosed with cancer in Norway in 2018, and people with cancer are the majority of those who receive palliative care today. Home nurses are getting an increasingly large amount of responsibility, which includes making home deaths a possible option and making it safe. The theme of this thesis is that more and more people are getting their wish of a home death granted.</p> <p>Thesis statement: How can nurses contribute to safety for patients staying at home during a palliative phase?</p> <p>Method: This thesis is built on studying literature as the main method. The sources are based on subject literature and six research articles, as well as own experiences. The research that is used is peer reviewed. The research is about palliative care at home, where different perspectives from the respondents are shown.</p> <p>Findings: The research show different factors that contribute to safety. The factors that show up most are good relations between patient and nurses, information and communication, family, animals, religion, and the home in its whole. If the symptoms of the disease are hard to manage, palliative care at home can feel more challenging and less safe.</p> <p>Conclusion: The everyday life of the patient can feel unpredictable, and the nurses capability of facilitating this is therefore important to make this phase feel safe. The nurse needs custom knowledge and the capability of building good relations that provides the patient with care in a difficult time. To make home deaths possible, the family needs to be included in the care because they are an important part of the homebased care.</p>	
Keywords: Palliative, homebased care, safety, cancer, nurse.	

Innholdsfortegnelse

1	Innlending.....	1
1.1	Bakgrunn for valg av tema.....	1
1.2	Problemstilling med avgrensning.....	2
1.3	Videre utforming av oppgaven.....	2
2	Metode.....	2
2.1	Litteraturstudie.....	2
2.2	Søkeprosess for forskning.....	3
2.2.1	Artikkel 1.....	3
2.2.2	Artikkel 2.....	4
2.2.3	Artikkel 3.....	4
2.2.4	Artikkel 4.....	4
2.2.5	Artikkel 5.....	5
2.2.6	Artikkel 6.....	5
2.2.7	Funn i artiklene.....	5
2.3	Søkeprosess for annen litteratur.....	6
2.4	Kildekritikk.....	7
3	Teori.....	8
3.1	Kreft.....	8
3.2	Palliasjon.....	8
3.3	Trygghet.....	9
3.4	Kommunikasjon og relasjon.....	9
3.5	Holistisk tilnærming.....	10
3.6	Pårørende.....	10
3.7	Lovverk og yrkesetiske retningslinjer.....	11
4	Drøfting.....	11
4.1	Hjemmet som lindrende enhet.....	12
4.2	Kommunikasjon bidrar til trygghet.....	14
4.3	Trygghet i hverdagen.....	16
5	Konklusjon.....	17
6	Litteraturliste.....	19

1 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

I Norge ble over 34 000 mennesker diagnostisert med kreft i 2018 (Kreftregisteret, 2018), og med økt levealder og befolkningsvekst vil sannsynligvis dette føre til en fremtid med flere krefttilfeller (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008, s. 61). Kreft er en av de vanligste dødsårsakene i Norge (Folkehelseinstituttet, 2018), og de fleste dør enten på sykehus eller i sykehjem. Ifølge Helsedirektoratet (2018) er det bare 15 % som dør i sitt eget hjem. Rent samfunnsøkonomisk lønner det seg å ha palliative personer hjemme fremfor å legge dem inn på sykehus eller sykehjem (NOU, 2017: 16, 2017, s. 190). Personer med kreft utgjør også majoriteten av dem som mottar palliativ behandling i dag (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008, s. 61). Utgangspunktet for god palliativ omsorg er faglig kompetanse kombinert med nærhet, støtte og forståelse gitt i en utfordrende og krevende livsfase. Det er viktig å vise interesse og engasjement til brukerens vanskelige livssituasjon. I tillegg er det viktig å støtte de pårørende, da også de har behov for å bli sett og hørt (NSF, 2019).

Etter samhandlingsreformen kom skal helseforetakene og kommunene legge til rette for at brukere får en effektiv og spesialisert hjelp. Dette kan også gi palliative brukere mulighet til å motta helsehjelp hjemme (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008, s. 13, s. 56). Det er svært viktig at brukeren får oppfylt ønsket om hvordan livet skal avsluttes og på den måten få en verdig død på egne premisser.

I hjemmesykepleien har vi møtt palliative brukere som hadde begrenset med tid igjen av livet, og dette var noe som gav sterke inntrykk. Samtidig var det svært lærerikt og en nyttig erfaring å ta med seg videre. Grunnen til at valget falt på kreftsykdom er fordi denne sykdommen ofte har et omfattende og uforutsigbart sykdomsforløp. Sykdommen kan utvikle seg raskt og etter hvert ramme hele kroppen (Lorentsen & Grov, 2016, s. 398). For å illustrere hvordan mange kan oppleve det å være i en palliativ fase har vi laget en fiktiv case.

Jensen er en eldre mann som bor sammen med konen sin. Han fikk for en tid tilbake vite at han har uhelbredelig kreft og at han ikke kommer til å bli så mye eldre. Han er innforstått med at han nå må forberede seg på å dø. Han har et ønske om å dø hjemme, men han vet ikke hva dette innebærer. Den siste tiden har han begynt å tenke på det som skal skje, og hvordan det skal skje. Alle tankene rundt døden gjør ham redd og engstelig.

1.2 Problemstilling med avgrensning

Vår problemstilling er: «Hvordan kan sykepleier bidra til å fremme trygghet hos hjemmeboende brukere i palliativ fase?».

Oppgaven rettes mot palliative brukere over 65 år som ønsker å avslutte livet hjemme. Her inkluderes brukere som har fått vite at kreftsykdommen er uhelbredelig og at det er et tidsspørsmål om hvor lenge man har igjen av livet. Vi legger vekt på brukere med en kreftdiagnose, men avgrenser det ikke til en spesifikk krefttype. Videre avgrenser vi til brukere som har etablert kontakt med hjemmesykepleien og som får jevnlig tilsyn av dem. Hovedfokus ligger på brukerens behov, men samarbeidet med de nærmeste pårørende inkluderes også. Vi velger å ekskludere pårørende under 18 år, da det vil bli et for stort tema for denne oppgaven.

1.3 Videre utforming av oppgaven

Oppgaven deles inn i følgende kapitler: 2. Metode, 3. Teori, 4. Drøfting og 5. Konklusjon. Kapittel 2 beskriver hvilken metode vi har brukt og hvordan søkeprosessen har gått for seg. Her inkluderes hvordan vi har søkt etter forskning og litteratur, og vi forklarer også betydningen av kildekritikk. I tillegg legges det frem en sammenfatning av innholdet i forskningsartiklene. I kapittel 3 tar vi for oss teori om kreft, palliasjon og begrepet trygghet. Videre har vi også med kommunikasjon og relasjon, holistisk tilnærming og pårørende. Til slutt tar vi for oss lovverk, yrkesetiske retningslinjer og samhandlingsreformen. I kapittel 4 drøfter vi teori og forskning opp mot problemstillingen. Casen om Jensen blir presentert underveis i drøftingsdelen hvor han da brukes som et eksempel. I kapittel 5 avslutter vi med en konklusjon som svarer på problemstillingen.

2 Metode

2.1 Litteraturstudie

Denne oppgaven bygger på litteraturstudie som metode. En litteraturstudie er en søkestrategi for å innhente informasjon som finnes rundt et tema. Studien går ut på å systematisere informasjon fra skriftlig litteratur. Det vil si at man samler inn og ser gjennom litteraturen på en kritisk måte, for så å sammenfatte det hele (Dalland, 2017, s. 52). Her er det viktig å forklare hvordan man kommer frem til kunnskapen. Målet med en litteraturstudie er å skape en god forståelse av et tema knyttet til en problemstilling. Faglitteraturen som brukes må være god og oppdatert slik at sammenfatningen

stemmer overens med dagens praksis (Thidemann, 2017, s. 80). I tillegg er oppgavens struktur bestemt av metoden hvor man har en spesifikk oppbygning som følges. Oppbygningen inkluderer innledning, metode, teori, resultat, drøfting og konklusjon (Dalland, 2017, s. 197).

2.2 Søkeprosess for forskning

PICO-skjema er et hjelpemiddel som skal strukturere problemstillingen slik at de viktigste begrepene fremheves (Helsebiblioteket, 2016). Ved å anvende skjemaet får man et godt utgangspunkt for å utføre et systematisk litteratursøk. Ut ifra problemstillingen ble de norske søkeordene *kreft*, *palliasjon*, *hjemmeboende* og *trygghet*. For å finne de engelske synonymene tok vi i bruk databasen Svemed+. Kreft ga ett resultat: cancer. Palliasjon ga to resultater: palliative care og palliative treatment. Hjemmeboende ga fire resultater: home, home living, home health nursing og self care. Trygghet, som er det siste søkeordet, ga fem resultater: safe, safety, protection, wellbeing og harmlessness.

For å finne forskningsartikler brukte vi databasene Academic Search Elite, Cinahl og Medline. Ved å legge inn alle synonymene i ett søk fikk vi 347 resultater. For å finne oppdaterte og relevante artikler ekskluderte vi artikler eldre enn år 2016. Vi begrenset derfor søket med årstall fra 2016-2019, noe som resulterte i 126 treff. Da fant vi to artikler som var aktuelle for oppgaven. De resterende studiene var ikke relevante for vårt tema, og vi tok derfor vekk begrenset søk med årstall og fant artikkel 3. Til tross for at det ikke lenger var et begrenset søk, fant vi ikke flere artikler som passet til vår oppgave. På bakgrunn av dette måtte vi undersøke andre steder, og da fant vi de tre siste artiklene. Artikkel 4 fant vi på en bacheloroppgave skrevet av Bjørneby og Herneshagen (2017, s. 16). Artikkel 5 fant vi på en annen bacheloroppgave skrevet av Dolve og Kongsvik (2018, s. 17). Videre gjorde vi et manuelt søk hvor vi da gikk igjennom referanselisten til en artikkel, og slik fant vi artikkel 6.

2.2.1 Artikkel 1

«Attachment figures when death is approaching: a study applying attachment theory to adult patients' and family members' experiences during palliative home care» (Milberg & Friedrichsen, 2017).

Dette er en kvalitativ studie med totalt 26 deltakere, hvor 12 var brukere og 14 var pårørende. Studien foregikk over halvannet år og fant sted i Sverige. Den tar for seg faktorer som brukeren opplever som meningsfulle i palliativ fase, som familie, sykepleier, dyr og Gud. Ut ifra dette står brukerens synspunkter i fokus, og vi valgte derfor å inkludere denne studien.

2.2.2 Artikkel 2

«'Life is still worth living': a pilot exploration of self-reported resources of palliative care patients» (Warmenhoven et al., 2016).

Studien bygger på kvalitativ metode og ble gjennomført i Nederland. Det var 15 personer som deltok, hvor alderen varierte mellom 51-89 år. Felles for alle deltakerne var at de hadde uhelbredelig kreft, i tillegg til en estimert levetid på to måneder til ett år. Studien legger vekt på hvilke aspekter brukeren ser på som viktig i den palliative fasen, hvor spesielt pårørende og religiøs tilknytning trekkes frem. Dette er en viktig del av vårt tema, og av den grunn ble studien inkludert.

2.2.3 Artikkel 3

«The meaning of home at the end of life: A video-reflexive ethnography study» (Collier, Phillips & Iedema, 2015)

Dette er en australsk kvalitativ studie bestående av 36 deltakere. Det var tre kriterier for å delta: alder over 18 år, engelsktalende og trolig mindre enn 6 måneder igjen å leve. I et tidsrom på 18 måneder ble det undersøkt hvorfor hjemmet beskrives som et trygt sted og hva som gjør at mange ønsker å være i sitt eget hjem når livet nærmer seg slutten. Denne artikkelen ble valgt for å belyse viktigheten av å kunne ha mulighet til å avslutte livet hjemme.

2.2.4 Artikkel 4

«Dignified end-of-life care in the patients' own homes» (Karlsson & Berggren, 2011).

Dette er en svensk kvalitativ studie med 10 deltakere. Deltakerne bestod av erfarne sykepleiere innenfor hjemmebasert palliativ omsorg. Studien tar for seg hvordan blant annet trygghet kan bidra til at brukerne får en verdig avslutning på livet i hjemmet. Da temaet vårt er trygghet, vil denne artikkelen være nyttig for å bygge opp under vår problemstilling.

2.2.5 Artikkel 5

«Psychological distress and quality of life of palliative cancer patients and their caring relatives during home care» (Götze, Brähler, Gansera, Polze & Köhler, 2014).

Denne studien tar i bruk kvalitativ metode og involverer 106 palliative brukere og deres pårørende. Den varte i underkant av to år og foregikk i Tyskland. Her undersøkes de psykiske utfordringene både blant brukere og deres pårørende i denne fasen. Å leve med en uhelbredelig sykdom er en psykisk belastning, og det kan påvirke følelsen av trygghet. Derfor er dette sentralt å ta med i forhold til vår oppgave.

2.2.6 Artikkel 6

«Challenges in home-based palliative care in Norway: a qualitative study of spouses' experiences» (Hunstad & Svindseth, 2011).

Dette er en norsk studie basert på kvalitativ metode. Studien foregikk over fem måneder hvor syv ektefeller til brukere deltok. Den tar for seg pårørendes synspunkter knyttet til pleien som gis ved livets slutt. Vi ønsker å få innsikt i pårørendes opplevelse av den palliative fasen, og derfor ble denne studien inkludert.

2.2.7 Funn i artiklene

Trygghet

De ulike studiene tar opp forskjellige faktorer som kan påvirke trygghetsfølelsen hos brukerne og pårørende. I studien til Collier et al. (2015) kommer det frem at flere av deltakerne assosierer hjemmet med trygghet. Milberg og Friedrichsen (2017) presiserer at faktorer som familie, sykepleier, dyr og Gud knyttes sterkt opp mot det å være trygg. Warmenhoven et al. (2016) støtter oppunder familiens bidrag til trygghet. Ifølge Hunstad og Svindseth (2011), Karlsson og Berggren (2011) og Warmenhoven et al. (2016) vil også det å ha en religiøs tro bidra til å skape trygghet, samt håp og mening. En annen faktor som bidrar til trygghet er en god relasjon mellom sykepleier og bruker. Dette støttes av Collier et al. (2015) og Karlsson og Berggren (2011). Videre forklarer Karlsson og Berggren (2011) at å vise respekt, være inkluderende og å ha tillit i møte med brukeren er en viktig faktor for å kunne føle seg trygg. Hunstad og Svindseth (2011) og Karlsson og Berggren (2011) belyser i likhet med dette viktigheten av at sykepleieren er tilgjengelige til enhver tid for både brukeren og pårørende.

Kommunikasjon

Flere studier tar for seg viktigheten av kommunikasjon og hvordan dette kan påvirke trygghetsfølelsen. I studien til Karlsson og Berggren (2011) står det at informasjon skal gis regelmessig til brukeren og pårørende og at dette er en forutsetning for å oppnå trygghet. Derimot kommer det frem i Hunstad og Svindseth (2011) at pårørende opplever mangel på informasjon. Videre påpeker Karlsson og Berggren (2011) viktigheten av at sykepleieren viser seg trygg i sin profesjonelle rolle, da det vil få brukeren og pårørende til å føle seg trygg på omsorgen som ytes. Hunstad og Svindseth (2011) forklarer at kompetansen innenfor palliativ omsorg er viktig for at både brukeren og pårørende skal føle seg godt ivaretatt. Dette støttes av Karlsson og Berggren (2011). Noen av deltakerne i studien til Hunstad og Svindseth (2011) påpeker at sykepleierne ikke alltid har nok kompetanse, noe som fører til at deltakerne i visse situasjoner ikke føler seg tilstrekkelig ivaretatt. Det kommer også frem at pårørende opplever at de blir oversett av sykepleieren.

Utfordringer

Det kan oppstå forskjellige utfordringer ved det å motta hjemmebasert palliativ omsorg. Collier et al. (2015) og Götze et al. (2014) beskriver at det kan oppleves tryggere å være på sykehus når symptomer blir problematiske. Videre forklarer Götze et al. (2014) at brukeren opplever god sosial støtte, men det gjør ikke de pårørende. Hunstad og Svindseth (2011) forklarer også at pårørende opplever at sykepleieren ikke har nok tid. Videre belyser Hunstad og Svindseth (2011) at pårørende føler på et stort ansvar og at de ofte må nedprioritere sine egne behov. En annen utfordring er at den holistiske tilnærmingen ikke blir lagt nok vekt på av sykepleieren i forhold til brukerens behov (Hunstad & Svindseth, 2011). Warmenhoven et al. (2016) belyser utfordringen knyttet til å snakke med familien om åndelige og eksistensielle behov.

2.3 Søkeprosess for annen litteratur

I tillegg til forskning har vi funnet annen litteratur som bygger opp under tema. Vi har tatt i bruk pensumbøker relatert til sykepleierutdanningen, samt bøker utenom pensum. I letingen etter bøker har vi lagt vekt på å finne de nyeste utgavene, da dette gir oss oppdatert informasjon om vår problemstilling. På grunn av koronasituasjonen har biblioteket på HVL vært stengt i en periode, og vi har derfor hatt redusert tilgang til relevante og oppdaterte bøker. På bakgrunn av dette har vi i større grad benyttet oss av nettlenger og bøker i eldre utgaver. Vi har bevisst valgt å bruke primærkilder, da det er den originale kilden (Dalland, 2017, s. 171).

2.4 Kildekritikk

Kildekritikk omhandler hvordan man går frem for å finne ut om en kilde er troverdig. Dette gjøres ved å karakterisere og vurdere litteraturen som er aktuell. Gyldighet, holdbarhet og relevans er tre viktige momenter som kan gjøre det lettere å finne den rette litteraturen for temaet (Dalland, 2017, s. 152-153, s. 158).

Når man skal finne forskningsartikler vil det være vesentlig å se om de oppfyller IMRaD-strukturen. Denne oppbygningen forteller noe om hvordan man skal finne forskjellig informasjon i teksten og gjør det mer oversiktlig og lettere å finne det man søker etter (Dalland, 2017, s. 163-164). IMRaD står for introduksjon, metode, resultat og diskusjon (Thidemann, 2017, s. 30-31). Alle artiklene som er inkludert i oppgaven følger denne strukturen.

Vi har bevisst valgt å lete etter nyere forskning, da dette gir oss mulighet til å bruke den mest oppdaterte kunnskapen. Det er mange forhold som endrer seg over tid innenfor et hvert tema, og dette er noe man må ta i betraktning når man skal utføre et litteratursøk. I søket etter forskningsartikler oppdaget vi at det var vanskelig å finne ny forskning relatert til vår problemstilling. På grunn av dette er artiklene i denne oppgaven publisert i årstall mellom 2011 og 2017. Artiklene fra årstall som 2011 ble likevel inkludert fordi de inneholder informasjon som ikke nødvendigvis har endret seg de siste årene.

Det kan være vanskelig for uerfarne å vurdere om en artikkel er av god kvalitet. For å finne ut om en artikkel er av akseptabel kvalitet kan man undersøke om den er fagfellevurdert. Fagfellevurdering er en kvalitetssikring av artikkelen (Bårnes & Løkse, 2015, s. 111). Dersom en artikkel er fagfellevurdert betyr det at den har blitt akseptert av minst to personer innen samme fagfelt. Man kan også undersøke kvaliteten på tidsskriftet hvor artikkelen er publisert. Norsk senter for forskningsdata (NSD) har en oversikt over kvalitetsbedømmingen på ulike tidsskrift (NSD, 2019). Her deles de inn i to nivåer, hvor nivå 1 er et bra tidsskrift og nivå 2 er et svært godt tidsskrift (Kildekompasset, 2016). Forskningsartiklene som benyttes i oppgaven er fagfellevurdert i NSD. Her kom det frem at tidsskriftene som har publisert fem av artiklene har fått nivå 1, og tidsskriftet til artikkel 4 har fått nivå 2. På grunnlag av dette må man kunne stole på at forskningsartiklene er av god kvalitet.

I søket etter forskningsartikler har vi tatt i bruk databaser foreslått av HVL. Halvparten av artiklene er nordiske, og det gjør at vi får informasjon om det norske samfunnet som vi ønsker å beskrive. De resterende artiklene er fra land utenom Norden. Disse landene kan organisere helse- og omsorgstjenester på en annen måte enn i Norge, og derfor kan innholdet i disse artiklene være mindre overførbart til vårt tema. En svakhet er at alle artiklene er skrevet på engelsk, noe som kan føre til misforståelser i oversettelsen og feilbeskrivelser i oppgaven. Vi har valgt artiklene basert på trekk som knyttes opp mot vårt tema, men likevel inneholder de ulike faktorer som ikke er relevant for oppgaven. Sammen bygger artiklene opp under forskjellige sider av samme tema, og derfor har de blitt inkludert. Vi har tatt i bruk flere bøker for å støtte oppunder samme teori noe som resulterer i et styrket innhold.

3 Teori

3.1 Kreft

Kreft oppstår når en celle har genskader, også kalt for mutasjon. Det vil si forandring i DNA-et. De fleste mutasjonene rettes opp i etter hvert, men dersom dette ikke skjer kan det medføre sykdom (Bertelsen, Hornslien & Thoresen, 2016, s. 131). Ved kreft vil mutasjoner i DNA-et føre til ukontrollert celledeling, og om dette vedvarer vil cellene hope seg opp. Resultatet blir en celleklump som vokser seg større over tid, og da kan det etter hvert utvikles til en kreftsvulst (Sand, Sjaastad, Haug & Bjålie, 2018, s. 69).

Statistisk sett har det vist seg at kreft opptrer hyppigere hos menn enn hos kvinner. De vanligste krefttypene hos kvinner er brystkreft og føflekkreft, mens hos menn opptrer prostatakreft og kreft i urinveiene hyppigst. Typene som ofte rammer begge kjønn er lungekreft og endetarms- og tykktarmskreft (Tretli & Larsen, 2018, s. 34). Ulik krefttype krever ulik behandling, men felles for alle er at behandlingen ofte er sammensatt av cytostatika, strålebehandling og kirurgi. Formålet er å kurere sykdommen, men om dette ikke lar seg gjøre går man over til palliativ behandling (Bertelsen et al., 2016, s. 138).

3.2 Palliasjon

Palliasjon er den pleien og behandlingen som gis til personer med uhelbredelig sykdom, og den skal verken forlenge livet eller fremskynde døden (Ribu, 2017, s. 50). Den palliative fasen starter når man

får beskjed om at man har en uhelbredelig sykdom og slutter når personen dør. Fasen kan strekke seg opp mot 12 måneder, og den enkelte brukers pleie- og omsorgsbehov kan endre seg mye i denne perioden (Helsedirektoratet, 2015, s. 8, s. 13).

Fokuset med denne typen behandling er å lindre smerte og andre plagsomme symptomer sykdommen medfører, og den har som mål å gi både brukeren og pårørende best mulig livskvalitet i sykdomsforløpet. Videre legges det stor vekt på å dekke de psykiske, sosiale og eksistensielle behovene som knyttes til sykdommen og prognosen (Ribbu, 2017, s. 50). I tillegg til dette skal behandlingen være brukerorientert. Brukeren skal gis mulighet til å være delaktig i behandlingen som ytes slik at brukeren kan føle seg trygg på omsorgen som gis (Kaasa & Loge, 2016, s. 46).

3.3 Trygghet

Thorsen (2011, s. 107) forklarer trygghet som et komplekst fenomen og er av den grunn vanskelig å definere. Hva som inngir trygghet, er forskjellig fra person til person og avhenger av tidligere erfaringer og bakgrunn. For å forstå hva trygghet kan være kan det være nyttig å se på det motsatte av trygghet, for eksempel usikkerhet og redsel. Disse følelsene viser seg i form av en viss utrygghet (Thorsen, 2011, s. 107-108). Ifølge Maslow blir trygghet beskrevet som et av de mest elementære behovene. Dette behovet gjelder for alle, uavhengig av sykdom, alder eller livssituasjon (Eriksen, 2016, s. 890-891).

Man kan beskrive trygghet som både en indre og en ytre trygghet. Erfaringer man har tatt med seg fra ung alder og som har vært med på å utvikle det livssynet man har, utgjør den indre tryggheten. Ytre trygghet handler om hvordan man finner seg til rette i miljøet rundt en selv og i sosial omgang med andre mennesker. Den ytre tryggheten deles inn i tre deler: kunnskaps- og kontrolltrygghet, stole-på-andre-trygghet og relasjonstrygghet. Det er denne formen for trygghet sykepleieren kan påvirke i samhandling med andre mennesker (Fjørtoft, 2016, s. 122-123).

3.4 Kommunikasjon og relasjon

I et sykepleie-pasient-forhold står både kommunikasjon og relasjon sentralt. Man skiller mellom verbal og non-verbal kommunikasjon, og begge formene kan være like viktige i møte med brukeren. Verbal kommunikasjon handler om at man bruker ord for å formidle et budskap til mottaker. Når vi

ikke snakker kommuniserer vi ved hjelp av kroppsspråk, som for eksempel blikkontakt, ansiktsuttrykk og holdning. Dette kalles for non-verbal kommunikasjon (Eide & Eide, 2017, s. 140; Loge, 2016, s. 216). I samtale med brukeren er det av stor betydning at det som blir sagt stemmer overens med de signaler kroppsspråket sender ut, også kalt kongruens. For å gi et eksempel vil personen være kongruent dersom man sier at man har det bra og samtidig smiler. Hvis man tar utgangspunkt i samme eksempel, men personen sier han har det bra og samtidig gråter, vil han være inkongruent (Røkenes & Hanssen, 2012, s. 107).

God kommunikasjon er relasjonsbyggende. Det som kjennetegner en god relasjon er gjensidig respekt, trygghet, empati og anerkjennelse (Røkenes & Hanssen, 2012, s. 180). En god relasjon er viktig i alt helse- og omsorgsarbeid, og da spesielt viktig i palliativ omsorg. Da er det viktig at en kjenner seg trygg sammen med den sykepleieren som skal hjelpe dem i møtet med døden (Helsedirektoratet, 2015, s. 33).

3.5 Holistisk tilnærming

Holisme defineres som en helhetsforståelse av mennesket hvor de fysiske, psykiske, sosiale og åndelige dimensjonene til sammen definerer en som menneske. I en holistisk tilnærming skal man ta utgangspunkt i at brukeren er et medmenneske og møte han/henne med aksept og uten bedømming. Videre er det viktig at brukeren og sykepleieren inngår et jeg-du-forhold for å skape en gjensidig relasjon. På bakgrunn av at sykepleieren har profesjonell kompetanse, og brukeren kjenner sin egen situasjon best, er det avgjørende å samarbeide mot et felles mål slik at brukeren får best mulig omsorg og behandling (Odland, 2016, s. 27-30). I hjemmesykepleien får man mulighet til å se helheten av hvem den enkelte er da man får et større innblikk i deres liv (Fjørtoft, 2016, s. 37).

3.6 Pårørende

Pårørende er en viktig ressurs som muliggjør at brukeren kan få være hjemme i livets siste fase (Brenne & Estenstad, 2016, s. 169). De består som regel av én eller få personer som gjerne bor med brukeren og er tilgjengelig store deler av døgnet (Stensheim, Hjermeid & Loge, 2016, s. 274). Ifølge Pasient- og brukerrettighetsloven (1999, § 1-3 b) oppgir brukeren hvem som skal være pårørende, og ofte er dette ektefelle, søsken, barn, venner eller nabo. Pårørende har ofte en nær relasjon til brukeren, og de har gjerne opparbeidet en tillit til hverandre som kan trygge den syke gjennom

sykdom og behandling (Stensheim et al., 2016, s. 274). Den syke vet han kan stole på sine kjære, at de er tilgjengelig og kan yte hjelp og støtte når det trengs.

3.7 Lovverk og yrkesetiske retningslinjer

Pasient- og brukerrettighetsloven beskriver pasienter/brukere sine rettigheter når de mottar helsehjelp i helse- og omsorgstjenesten (Molven, 2016, s. 30). Der går det fram at alle har rett til å medvirke i hvordan ens eget helsetilbud skal utformes. Alle har rett til å være med på å bestemme det som gjelder en selv og ens eget liv (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-1). En annen rettighet som pasienter/brukere har, er kravet på informasjon. Dette innebærer informasjon rundt sin helsetilstand og den helsehjelpen som ytes, noe som er av stor betydning for å kunne få innsikt i sin sykdom og sykdomsforløpet (§ 3-2). Sykepleieren skal sørge for at pasienten/brukeren forstår informasjonen som blir gitt (§ 3-5). Sykepleieren er pliktig til å gi informasjon om pasientens/brukerens helsetilstand (Helsepersonelloven, 1999, § 10).

De yrkesetiske retningslinjene skal veilede sykepleiere til å yte god praksis (Odland, 2016, s. 98). I et av punktene i de yrkesetiske retningslinjene står det at sykepleieren har ansvar for å yte omsorgsfull hjelp og lindre lidelse. Dette innebærer at sykepleieren i møte med brukeren skal yte en helhetlig omsorg. Sykepleierens yrkesetiske retningslinjer påpeker også at man skal vise omtanke og respekt for brukerens nærmeste (NSF, 2019).

Samhandlingsreformen stiller nye krav til spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Den skal gi et trygt og helhetlig behandlingstilbud som skal tilbys der brukeren bor og når brukeren har behov for helsehjelp. Hovedfokuset er å gi rett behandling til rett tid på rett sted (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008, s. 3, s. 13).

4 Drøfting

Problemstillingen er: «Hvordan kan sykepleier bidra til å fremme trygghet hos hjemmeboende brukere i palliativ fase?».

4.1 Hjemmet som lindrende enhet

I casen ser vi at Jensen ønsker å få dø hjemme. Når slike ønsker stadig aktualiseres gir det grunn til å reflektere over hvorfor det er slik. Hjemmet symboliserer trygghet, selvstendighet og autonomi (Collier et al., 2015), og rommer både gleder og sorger og fremkaller følelse av tilhørighet (Fjørtoft, 2016, s. 27). I studien til Collier et al. (2015) påpeker en deltaker at små hverdagslige oppgaver i hjemmet gir livet mening. Ved å opprettholde vanlige rutiner fokuser man på andre ting enn sykdommen, og på den måten ivaretas de trygge rammene den hjemlige atmosfæren gir. I vår praksis har vi fått tilsvarende inntrykk av at små ting kan bli av uvurderlig betydning i en vanskelig livssituasjon. Man kan gjenskape gode minner ved å se på bilder, høre på musikk, tenne lys eller ta frem spesielle gjenstander.

Da samhandlingsreformen ble innført fikk kommunene et større ansvar for å tilrettelegge og innføre bedre behandlingstilbud for sine innbyggere gjennom alle livets faser. Intensjonen med reformen er at sykehusforetakene og kommunene skal samarbeide for å gi brukere et tilpasset helsetilbud og at brukerne selv skal være medbestemmende. Hjemmesykepleien må nå i større grad ta hånd om mennesker med forskjellige utfordringer (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008, s. 3 og s. 62), og dette stiller større krav til sykepleierens helhetlige kompetanse. Brukerne skal kjenne seg godt ivaretatt og oppleve en kunnskapsbasert trygghet som bidrar til at de kan ha kontroll i situasjonen de befinner seg i (Hunstad & Svindseth, 2011; Karlsson & Berggren, 2011). Når brukeren opplever kunnskaps- og kontrolltrygghet vil dette være med på å styrke stole-på-andre-tryggheten fordi kunnskap skaper tillit (Fjørtoft, 2016, s. 123).

Ikke alle kommuner har en tilstrekkelig utbygd helsetjeneste med for eksempel et palliativt team, noe som medfører manglende kompetanse (Grov, 2015, s. 535). Sykepleieren kan derfor føle seg utrygg i møte med brukeren fordi man ikke har god nok forståelse for brukerens behov, og som kan gjøre at brukeren ikke føler seg tilstrekkelig ivaretatt (Hunstad & Svindseth, 2011). Et eksempel kan være når symptomer er vanskelig å lindre, og brukerens hjemlige trygghetsfølelse blir satt på prøve (Götze et al., 2014; Collier et al., 2015). Mange sykehusforetak har egne palliasjonsteam som gir brukeren en større trygghetsfølelse relatert til selve sykdommen, mens man i hjemmesykepleien ofte baserer seg på tverrfaglig samarbeid med kunnskapsflyt mellom profesjoner. I vår hjemmesykepleiepraksis hadde kommunen en spesialsykepleier innenfor kreftomsorg og palliasjon og bidro som koordinator for brukerne og veileder for helsearbeiderne. I de kommunene som har palliativt team kan hjemmesykepleien kontakte dem for råd og veiledning, og ofte kan teamet møte

brukeren i hjemmet (Haugen & Aass, 2016, s. 116, s. 119). I tillegg samarbeider hjemmesykepleien med spesialisthelsetjenesten slik at det er mulig å lage en avtale om åpen retur til avdeling. For brukeren kan dette gi trygghet dersom man periodevis erkjenner at hjemmesykepleien ikke strekker til (Fjørtoft, 2016, s. 82).

Når brukeren mottar offentlige tjenester i stort omfang kan hjemmet oppleves som en offentlig arena. Ved at ulike sykepleiere kommer og går hver dag forsterkes dette inntrykket. Brukeren får mange å forholde seg til, og dette gjør det utfordrende å bygge gode relasjoner og å skape trygge rammer. Her bør hjemmesykepleien tilrettelegge for fast personale slik at brukeren opplever kunnskaps- og kontrolltrygghet (Birkeland & Flovik, 2018, s. 74, s. 194). Blir den hjemlige atmosfæren truet i for stor grad melder spørsmålet seg om hva som gagnar brukeren best, å bli behandlet hjemme eller på institusjon. Et annet dilemma er i hvilken utstrekning det er nødvendig med tekniske og medisinske hjelpemidler. Jo mer utstyr, desto mer sykehuspreg (Collier et al., 2015). Hva er det da som gjør at en fortsatt vil være hjemme? Vårt inntrykk er at det å få dø hjemme er som «å få visne på rot». Man dør der man har levd livet, der man har minnene, der man har sine kjære, og da får andre ting mindre betydning.

Hjemmesykepleien skal ivareta opplevelsen av trygghet man har hjemme, men likevel kan denne trygghetsfølelsen bli krenket. Når hjemmebesøk gjennomføres flere ganger i døgnet kan det oppleves invaderende og bli en stadig påminner om at man er syk (Birkeland & Flovik, 2018, s. 50). Samtidig er det betryggende å vite at hjemmesykepleien kommer jevnlig innom, da det bidrar til forutsigbarhet i en ellers uforutsigbar tid (Fjørtoft, 2016, s. 81-82). Karlsson og Berggren (2011) påpeker at brukerens trygghetsfølelse avhenger av i hvor stor grad hjelpen og støtten oppleves som tilgjengelig. Selv om hjemmesykepleien er en døgnskuttet tjeneste, er den ikke til stede i hjemmet til enhver tid. Man har faste og planlagte tilsyn, men noen oppdrag kan ta lenger tid enn planlagt (Fermann & Næss, 2016, s. 255). For noen bidrar dette til utrygghet fordi man ikke får hjelp når man trenger det som mest. Likevel har brukeren alltid mulighet til å kontakte hjemmesykepleien slik at de ikke skal føles langt unna, og dette støttes av Hunstad og Svindseth (2011).

Når det gjelder hjemmebasert behandling må man i mange tilfeller veie det negative i omsorgen opp mot det positive. Jensen har valgt å være hjemme den siste tiden av livet, og da må man gå ut ifra at det valget er basert på personlige preferanser. Jensen har prioritert et mest mulig normalt liv i kjente

omgivelser med sine kjære rundt seg, kanskje litt på bekostning av kontinuerlig medisinsk oppfølging og kompetanse. Han vet han snart skal dø og har valgt veien dit ut ifra sine egne ønsker og behov, og det må vi respektere (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-1).

4.2 Kommunikasjon bidrar til trygghet

Det kommer til uttrykk at Jensen har mange tanker rundt døden og at det er vanskelig for ham å innse at livet går mot slutten. Dette er en normal reaksjon som mange i samme situasjon kan oppleve. Hvordan kan sykepleieren hjelpe Jensen med kommunikasjon som verktøy? I møte med den palliative brukeren må vi bruke alle «fargestiftene» vi har. Alle behov må settes farge på for å få frem at brukeren ikke er en person med en sykdom, men et sammensatt menneske med mange fasetter (Hunstad & Svindseth, 2011; Milberg & Friedrichsen, 2017). Likevel mener Hunstad og Svindseth (2011) at sykepleieren ikke vektlegger den holistiske tilnærmingen i den grad brukeren ønsker. Dette aktualiserer spørsmålet om man bør ha mer bevisstgjøring rundt temaet. I henhold til de yrkesetiske retningslinjene skal brukerne sees på ut ifra et helhetlig syn (NSF, 2019), men intensjonen er kanskje vanskelig å etterleve fullt ut i alle sammenhenger.

Den palliative brukeren har behov for å bli respektert, og hans ønsker, erfaringer og kunnskaper må bli hørt (Hirsch & Røen, 2016, s. 318-319). Sykepleieren må derfor opptre på en tillitsfull og inkluderende måte (Karlsson & Berggren, 2011), samt anerkjenne brukeren da dette er en viktig faktor i relasjonstryggheten (Eide & Eide, 2017, s. 155-156). Dette kan uttrykkes gjennom verbal kommunikasjon, men det er ikke alltid hva man sier som har størst betydning. Berøring, lytting og tilstedeværelse kan være vel så viktig i en situasjon der det er vanskelig å sette ord på tanker. Berøring er en form for anerkjennelse og en måte å vise at brukeren er av verdi (Kristoffersen, Breivne & Nortvedt, 2011, s. 263). Her er det viktig at sykepleieren tenker over forholdet mellom nærhet og distanse. Ifølge Maslow er fysisk nærhet et av de grunnleggende behovene (Eriksen, 2016, s. 891), og uten kan man føle seg distansert og avvist. Derimot kan nærhet for noen medføre tap av kontroll over situasjonen, og resultere i mistillit og en svekket relasjon til sykepleieren (Gamnes, 2011, s. 100-101). For å unngå dette bør sykepleieren og brukeren avklare forventningene de har til hverandre slik at hjelpeprosessen styrkes (Eide & Eide, 2017, s. 214).

Når en god relasjon mellom sykepleier og bruker er etablert kan brukeren føle seg trygg når døden nærmer seg (Collier et al., 2015; Karlsson & Berggren, 2011). Røkenes og Hanssen (2012, s. 107)

formidler viktigheten av kongruens kontra inkongruens for brukerens opplevelse av trygghet. Sykepleierens fremtoning og kroppsspråk må stemme overens med det verbale, og dersom brukeren opplever uoverensstemmelse kan det virke forvirrede og i verste fall svekke tilliten til sykepleieren (Eide & Eide, 2017, s. 138). Dersom det non-verbale og verbale er samstemt vil det forsterke budskapet som innbyr til trygghet. Det signaliserer bekreftelse og oppriktig interesse for å bli kjent med brukeren (Eide & Eide, 2017, s. 137). Å bli overkjørt av en sykepleier som tror hun vet best kan oppleves krenkende, og dermed er det viktig å møte brukeren med varsomhet og ydmykhet (Thorsen, 2011, s. 127). Videre kan signaler om respekt og vilje til å utforske ha positiv innvirkning på brukerens lyst til å fortelle om vanskelige tanker (Hirsch & Røen, 2016, s. 318-319). På en annen side er det viktig at sykepleieren er diskret og ikke viser for stor nysgjerrighet, da det igjen kan virke krenkende. Sykepleieren må fokusere på brukerens behov for å åpne seg opp om sine innerste tanker og ikke sitt eget vitebegjær. Dette er en fin balansegang hvor tap av trygghet og tillit kan være en konsekvens (Eide & Eide, 2017, s. 198-199).

Siden Jensen er i en sårbar posisjon er det viktig at sykepleieren formidler et budskap på en profesjonell måte som trygger ham (Mathisen, 2011, s. 305). Sykepleieren bør skissere en fremtidsrettet plan over hvordan behandling og oppfølging skal foregå (Helsepersonelloven, 1999, § 10), noe Jensen også har krav på (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-2). Denne planen må være tilpasset Jensen slik at han forstår innholdet (1999, § 3-5). En slik plan bidrar til at han kjenner seg trygg og ivaretatt (Josefsson, Bomberg & Krans, 2018; Karlsson & Berggren, 2011). Derimot kan informasjon være med på å krenke brukeren dersom den gis på en ufølsom måte. Som konsekvens kan tilliten til sykepleieren svekkes, samt bremse hjelpeprosessen (Loge, 2016, s. 225). Her er det viktig at sykepleieren tar seg tid til en god dialog i rolige omgivelser og ikke utleverer for mye informasjon på en gang slik at det ikke blir mye å forholde seg til (Karlsson & Berggren, 2011).

I praksis opplevde vi en sykepleier som lo i feil kontekst, noe som gjorde brukeren urolig. Sykepleieren hadde lite erfaring i fagfeltet, og latteren kom sannsynligvis av usikkerhet. Det er uheldig når slike situasjoner oppstår, men det går an å forklare brukeren hvordan det henger sammen. Er man ydmyk og oppriktig kan vanskelige situasjoner løses på en god måte. I en lignende situasjon opplevde vi en annen erfaren sykepleier som omtensksom og behagelig i samhandling med en bruker. Hun snakket med en myk og lav stemme, noe som virket respektfullt i en vanskelig situasjon. Når vi sammenligner disse to situasjonene ser vi at erfaring og profesjonalitet i faget utgjør

en stor forskjell og at det er avgjørende for brukeren at man kommuniserer på en måte som innbyr til tillit og trygghet (Karlsson & Berggren, 2011).

4.3 Trygghet i hverdagen

Pårørende som omsorgsgiver i hjemmet

I hjemmet har man mulighet til kontinuerlig kontakt med familien og av den grunn få støtte og trygghet fra dem (Milberg & Friedrichsen, 2017; Warmenhoven et al., 2016). For brukeren er pårørende en positiv ressurs hvor innsatsen deres er av uvurderlig betydning. Uten dem er det ikke alltid mulig for brukeren å være hjemme helt til det siste (Birkeland & Flovik, 2018, s. 78; Brenne & Estenstad, 2016, s. 169). Jensens kone gir ham stor trygghet, men også hun trenger støtte i en vanskelig tid. Forskning viser at mange pårørende opplever lite støtte og mangelfull informasjon fra sykepleieren (Götze et al., 2014; Hunstad & Svindseth, 2011). Hunstad og Svindseth (2011) påpeker også at pårørende opplever at sykepleieren har dårlig tid til dem. Hovedfokuset skal være på brukeren, men som sykepleier har man også et ansvar for å ivareta de pårørende (NSF, 2019). De trenger informasjon og veiledning for å føle seg trygg i omsorgen de yter, og sykepleieren bør anerkjenne deres bidrag (Karlsson & Berggren, 2011). Når sykdommen utvikler seg og brukerens hjelpebehov blir mer omfattende, kan dette etter hvert gi de pårørende et større ansvar (Hunstad & Svindseth, 2011). Dette kommer også frem i studien til Götze et. al (2014), hvor pårørendes psykiske utfordringer belyses. Å leve sammen med en døende kjær person kan være utfordrende psykisk, men også i forhold til det praktiske som må utføres (Stensheim, Hjermestad & Loge, 2016, s. 279). Dersom Jensens kone føler seg overbelastet kan dette gjøre at hun ikke klarer å imøtekomme Jensens ønsker, noe som igjen kan påvirke Jensens trygghetsfølelse. Derfor må sykepleieren kommunisere godt med henne og eventuelt tilby henne avlastning dersom det blir nødvendig (Birkeland & Flovik, 2018, s. 85). Får konen støtte fra sykepleieren vil det igjen gagne Jensen, hvor hun får mer overskudd og kan ivareta sin kjære på en betryggende måte.

Åndelige og eksistensielle behov

Mange går gjennom livet uten å ha entydige tanker om tro eller livssyn. Spørsmål rundt dette kan først melde seg når livet går mot slutten (Helsedirektoratet, 2019; Hirsch & Røen, 2016, s. 317). Dette kan omhandle tanker om hva som har vært meningsfullt, hvilke verdier man har bygget livet på og hva man kunne ha gjort annerledes (Grov, 2016, s. 525). Forskning viser at ved å se tilbake på livet kan man oppleve håp og mening her og nå (Sachs, Kolva, Pessin, Rosenfeld & Breitbart, 2012). På en

annen side mener Strøm (2016, s. 915) at en som ikke klarer å finne mening med livet man har levd, heller ikke klarer å finne mening når døden nærmer seg. Av den grunn ser vi viktigheten av at sykepleieren støtter opp under håp og viser interesse for brukerens åndelige og eksistensielle behov (Birkeland & Flovik, 2018, s. 190). For noen kan det føles lettere å snakke om sine innerste tanker med en person utenfor familien (Warmenhoven et al., 2016), og en sykepleier kan derfor være en god samtalepartner selv om man ikke nødvendigvis har de riktige svarene (Hirsch & Røen, 2016, s. 322). Det viktigste er at sykepleieren og brukeren har en god relasjon slik at brukeren får mulighet til å åpne opp om disse tankene (Edwards, Pang, Shiu & Chan, 2010; Hirsch & Røen, 2016, s. 318). For andre kan det derimot være aktuelt å snakke med en representant for et trossamfunn. De kan være en del av kommunens palliative team, og hjemmesykepleien kan kontakte dem hvis det er ønskelig (Hirsch & Røen, 2016, s. 322). Milberg og Friedrichsen (2017) understreker viktigheten av å få uttrykke sin tro. De forklarer at gjennom sin tro er man en del av et fellesskap og sammen forsterkes håpet. Dette støttes av Hunstad og Svindseth (2011).

Å se betydningen av kjæledyr

I en krevende livssituasjon kan kjæledyr som man har en sterk tilknytning til ha stor betydning og samtidig være med på å fremme følelsen av trygghet. Dyr viser ubetinget glede og hengivenhet til sin eier uavhengig av personens tilstand (Milberg & Friedrichsen, 2017). Derfor bør sykepleieren oppmuntre brukeren til å beholde kjæledyret sitt og bruke det i samtaler når stemningen kan være tyngende. Vi har selv erfart dette i hjemmesykepleiepraksis. Hos denne palliative brukeren var kattene hennes alltid et kjærkommet samtaleemne, og hun uttrykte ofte at de gav henne trygghet og kjærlighet i en vanskelig tid. På en annen side innebærer dyrehold et ansvar som kan bli tyngende, hvis ikke man da har inngått en medhjelpsavtale. Når man selv er syk og har nok med å ta vare på seg selv kan det være for mye å tilfredsstille andres behov i tillegg. Dyr er ikke en erstatning for de pårørende, men de vil kanskje i større grad være til stede og rette oppmerksomheten mot sin eier.

5 Konklusjon

Hvordan kan sykepleier bidra til å trygge hjemmeboende brukere i palliativ fase? Gjennom denne skriveprosessen ser vi at relasjonsbygging mellom sykepleier og bruker er av stor betydning. Ved å opparbeide en god gjensidig relasjon vil både brukeren og sykepleieren føle seg trygge i situasjonen og samspillet dem imellom vil bli mer konstruktivt. Det blir da lettere med åpen dialog, noe som gjør det enklere for sykepleieren å få innsikt i brukers behov og å se hvilke utfordringer brukeren har. For

å møte disse utfordringene er det viktig at sykepleieren er faglig oppdatert om palliasjon, om selve sykdommen og dens uforutsigbare forløp. Med en progredierende sykdom som utvikler seg ulikt fra person til person er det viktig at brukeren får den informasjonen han søker, om sykdommen og veien videre.

Videre ser vi at det er særlig viktig at sykepleieren evner å tilrettelegge ut ifra hver enkelt brukers ønsker og behov, slik at brukeren kan føle seg trygg når det går mot slutten. Brukeren kan om det er ønsket få være i sitt eget miljø med sine nære og kjente rundt seg. Familie og dyr kan ha stor betydning for hvordan hverdagen oppleves i denne tiden, og det kan for mange være dette som gir dem den største tryggheten av alt. Skal en kunne bo hjemme med en alvorlig sykdom til livets slutt, avhenger det ofte av at pårørende stiller opp og er aktive omsorgspersoner i denne tiden. De bidrar med nærhet og støtte og er selve grunnpilaren i det rammeverket som skaper trygghet. På en annen side ser vi at denne tiden er tøff og vanskelig også for de pårørende. De har også behov for å bli sett og hørt, og her kan sykepleieren veilede og støtte. Det er viktig at de pårørende blir trygg i sin rolle og at de ikke blir utbrent. Når de pårørende er trygge og velfungerende kan dette speiles på brukeren slik at han opplever at det er trygt og godt å være hjemme også i denne fasen av livet.

6 Litteraturliste

- Bertelsen, B., Hornslien, K. & Thoresen, L. (2016). Svulster. I S. Ørn & E. Bach-Gansmo (Red.), *Sykdom og behandling* (s. 127-149). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Birkeland, A. & Flovik, A. M. (2018). *Sykepleie i hjemmet* (3. utg.). Oslo: Cappelen Damm AS.
- Bjørneby, I. H. & Herneshagen, E. S. (2017). *Mitt hjem er min borg - vi er alle konger eller dronninger i vårt hjem* (Bacheloroppgave, Høgskolen i Innlandet). Hentet fra <https://brage.inn.no/inn-xmlui/handle/11250/2469685>
- Brenne, A. T. & Estenstad, B. (2016). Hjemmedød. I S. Kaasa & J. H. Loge (Red.), *Palliasjon: nordisk lærebok* (s. 161-170). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Bårnes, V. & Løkse, M. (2015). *Informasjonskompetanse: håndbok i kildebruk og referanseteknikker* (2. utg.). Oslo: Cappelen Damm AS.
- Collier, A., Phillips, J. L. & Iedema, R. (2015). The meaning of home at the end of life: A video-reflexive ethnography study. *Palliative medicine*, 29(8), 1-8.
<https://doi.org/10.1177/0269216315575677>
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Dolve, V. & Kongsvik, I. V. (2018). *Livskvalitet ved livets slutt* (Bacheloroppgave, Høgskulen på Vestlandet). Hentet fra <https://hvlopen.brage.unit.no/hvlopen-xmlui/handle/11250/2565589>
- Edwards, A., Pang, N., Shiu, V. & Chan, C. (2010). Review: The Understanding of Spirituality and the Potential Role of Spiritual Care in End-Of-Life and Palliative Care: A Meta-Study of Qualitative Research. *Palliative Medicine*, 24(8), 753-770. <https://doi.org/10.1177/0269216310375860>
- Eide, H. & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner* (3. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Eriksen, S. (2016). Menneskets psykososiale behov. I E. K. Grov & I. M. Holter (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie* (s. 887-905). Oslo: Cappelen Damm AS.
- Fermann, T. & Næss, G. (2016). Sykepleie til eldre i hjemmesykepleien. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (s. 238-261). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Fjørtoft, A.-K. (2016). *Hjemmesykepleie – ansvar, utfordringer og muligheter* (3. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.

- Folkehelseinstituttet [FHI]. (2018, 20. desember). Kreft er nå hyppigste dødsårsak i Norge. Hentet fra <https://www.fhi.no/nyheter/2018/dodsarsakene-2017/>
- Gamnes, S. (2011). Nærhet og seksualitet. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie Bind 3* (s. 71-102). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Grov, E. K. (2016). Pleie og omsorg ved livets slutt. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (s. 522-537). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Götze, H., Brähler, E., Gansera, L., Polze, N. & Köhler, N. (2014). Psychological distress and quality of life of palliative cancer patients and their caring relatives during home care. *Supportive Care in Cancer*, 22(10), 2775-2782. <https://doi.org/10.1007/s00520-014-2257-5>
- Haugen, D. F. & Aass, N. (2016). Organisering av palliative tilbud. I S. Kaasa & J. H. Loge (Red.), *Palliasjon: nordisk lærebok* (s. 112-124). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2008). Samhandlingsreformen – rett behandling – på rett sted – til rett tid (St.meld. nr. 47 (2008-09)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009-/id567201/>
- Helsebiblioteket. (2016, 3. juni). PICO. Hentet fra <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/sporsmalsformulering/pico>
- Helsedirektoratet. (2015). *Rapport om tilbudet til personer med behov for lindrende behandling og omsorg mot livets slutt – å skape liv til dagene* (Rapport nr. IS-2278). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/rapport-om-tilbudet-til-personer-med-behov-for-lindrende-behandling-og-omsorg-mot-livets-slutt--a-skape-liv-til-dagene/id2400892/>
- Helsedirektoratet. (2018, 18. september). Nasjonale faglige råd for lindrende behandling i livets slutfase. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/lindrende-behandling-i-livets-slutfase/innledning>
- Helsedirektoratet. (2019). *Nasjonal faglig retningslinje om palliasjon i kreftomsorgen – handlingsprogram* (Retningslinje IS-2800). Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/palliasjon-i-kreftomsorgen-handlingsprogram>
- Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell m. v. (LOV-07-02-64). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>

- Hirsch, A. & Røen, I. (2016). Ivaretakelse av åndelige og eksistensielle behov. I S. Kaasa & J. H. Loge (Red.), *Palliasjon: nordisk lærebok* (s. 315-325). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Hunstad, I. & Svindseth, M. F. (2011). Challenges in home-based palliative care in Norway: a qualitative study of spouses' experiences. *International journal of palliative nursing*, 17(8), 398-404. <https://doi.org/10.12968/ijpn.2011.17.8.398>
- Josefsson, K., Bomberg, M. & Krans, M. (2018). Creating a sense of security in palliative home care: Interviews with public health nurses. *Nursing and Palliative Care* 3(1), 1-6. <https://doi.org/10.15761/NPC.1000178>
- Kaasa, S. & Loge, J. H. (2016). Palliativ medisin – en innledning. I S. Kaasa & J. H. Loge (Red.), *Palliasjon: nordisk lærebok* (s. 34-49). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Karlsson, C. & Berggren, I. (2011). Dignified end-of-life care in the patients' own homes. *Nursing Ethics*, 18(3), 374-385. <https://doi.org/10.1177/0969733011398100>
- Kildekompasset. (2016, 14. desember). Vil du vite mer? Hentet fra <http://kildekompasset.no/kildekritikk/vitenskapelige-artikler/vil-du-vite-mer.aspx>
- Kreftregisteret. (2018, 29. oktober). Cancer statistics. Hentet fra <https://www.kreftregisteret.no/en/The-Registries/Cancer-Statistics/>
- Kristoffersen, N. J. & Nortvedt, P. (2011). Relasjonen mellom sykepleier og pasient. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie Bind 1* (s. 83-127). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kristoffersen, N. J., Breievne, G. & Nortvedt, F. (2011). Lidelse, mening og håp. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie Bind 3* (s. 245-280). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Loge, J. H. (2016). Praktisk klinisk kommunikasjon. I S. Kaasa & J. H. Loge (Red.), *Palliasjon: nordisk lærebok* (s. 216-229). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Lorentsen, V. B. & Grov, E. K. (2016). Generell sykepleie ved kreftsykdommer. I D-G. Stubberud, R. Grønseth & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie 2* (s. 397-430). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Mathisen, J. (2011). Sykepleie ved livets avslutning. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie Bind 3* (s. 295-330). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Milberg, A. & Friedrichsen, M. (2017). Attachment figures when death is approaching: a study applying attachment theory to adult patients' and family members' experiences during

- palliative home care. *Supportive Care in Cancer*, 25(7), 2267-2274.
<https://doi.org/10.1007/s00520-017-3634-7>
- Mølven, O. (2016). *Sykepleie og jus* (5. utg.). Oslo: Gyldendal Juridisk.
- Norsk senter for forskningsdata [NSD]. (2019). Register over vitenskapelige publiseringskanaler.
Hentet fra <https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/Forside>
- Norsk Sykepleierforbund [NSF]. (2019). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Hentet fra
<https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere>
- NOU 2017: 16. (2017). *På liv og død - Palliasjon til alvorlig syke og døende*. Hentet fra
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2017-16/id2582548/sec20>
- Odland, L.-H. (2016). Menneskesyn. I B. S. Brinchmann (Red.), *Etikk i sykepleien* (s. 25-42). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Ribu, L. (2017). Livskvalitet. I A. M. Reitan & T. Kr. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie: pasient – utfordring – handling* (s. 50-64). Oslo: Cappelen Damm AS.
- Røkenes, O. H. & Hanssen, P. H. (2012). *Bære eller bryte: Kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker* (3. utg.). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke.
- Sachs, E., Kolva, E., Pessin, H., Rosenfeld, B. & Breitbart, W. (2012). On sinking and swimming: The dialectic of hope, hopelessness, and acceptance in terminal cancer. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 30(2), 121-127. <https://doi.org/10.1177/1049909112445371>
- Sand, O., Sjaastad, Ø. V., Haug, E. & Bjålie, J. G. (2018). *Menneskekroppen: fysiologi og anatomi* (3. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Stensheim, H., Hjermsstad, M. J. & Loge, J. H. (2016). Ivaretagelse av pårørende. I S. Kaasa & J. H. Loge (Red.), *Palliasjon: nordisk lærebok* (s. 274-285). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Strøm, B. S. (2016). Livssyn, verdier og åndelig omsorg. I E. K. Grov & I. M. Holter (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie* (s. 908-923). Oslo: Cappelen Damm AS.
- Thidemann, I. J. (2017). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Thoresen, L. & Dahl, M. (2016). Sykepleie til den døende pasienten. I E. K. Grov & I. M. Holter (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie* (s. 926-956). Oslo: Cappelen Damm AS.

Thorsen, R. (2011). Trygghet. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie Bind 3* (105-126). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Tretli, S. & Larsen, I. K. (2018). Historie og utvikling. I E. Schlichting & E. Wist (Red.), *Kreftsykdommer – en basisbok for helsepersonell* (s. 31-33). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Warmenhoven, F., Lucassen, P., Vermandere, M., Aertgeerts, B., Van Weel, C., Vissers, K. & Prins, J. (2016). 'Life is still worth living': a pilot exploration of self-reported resources of palliative care patients. *BMC family practice*, 17(1), 1-6. <https://doi.org/10.1186/s12875-016-0450-y>



Høgskulen på Vestlandet

Bacheloroppgave i sykepleie

SK152

Predefinert informasjon

Startdato:	14-06-2020 09:00	Termin:	2020 VÅR
Sluttdato:	15-06-2020 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Bacheloroppgave i sjukepleie		
SIS-kode:	203 SK152 1 O 2020 VÅR		
Intern sensor:	Irene Sjørusen		

Deltaker

Naun:	Solveig Engeland Sjørusen
Kandidatnr.:	315
HVL-id:	162174@hvl.no

Informasjon fra deltaker

Sideantall *:	18		
Antall ord *:	6996		
Sett hake dersom besuarelsen kan brukes som eksempel i undervisning?:	Ja	Egenerklæring *:	Ja
Jeg bekrefter at jeg har registrert oppgavetittelen på norsk og engelsk i StudentWeb og vet at denne vil stå på utnemålet mitt *:	Ja	Jeg bekrefter innlevering til biblioteket *:	Ja

Jeg godkjenner autalen om publisering av bacheloroppgaven min *

Ja

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

Nei