



Høgskulen  
på Vestlandet

# BACHELOROPPGÅVE

Ein trygg og verdig heimedød  
A safe and dignified home death

## Kandidatnummer 154

Bachelorutdanning i sjukepleie  
Fakultet for helse- og sosialvitskap (FHS)/Institutt for  
helse- og omsorgsvitskap/Campus Førde  
Innleveringsdato: 07/12-20

Eg stadfestar at arbeidet er sjølvstendig utarbeida, og at referansar/kjeldetilvisingar til alle kjelder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 12-1.

*”Omsorg for alvorleg sjuke og familien handlar ikkje om døden,  
det handlar om livet,  
om å få lov til å leve heilt til ein døyr”*

(Fjørtoft, 2016, s.80)

## Samandrag

**Tittel:** Ein trygg og verdig heimedød

**Bakgrunn for val av tema:** Etter praksis i heimebaserte tenester og ulike utsegn frå pasientar ynskjer eg å få eit større innblikk i korleis heimetenestene bidreg ved palliativ omsorg i heimen.

**Problemstilling:** Korleis kan sjukepleiar i heimetenesta bidra til at pasienten i heimen får ei verdig og trygg avslutning på livet?

**Metode:** Oppgåva er ein litteraturstudie, som vil seie at ein hentar inn allereie eksisterande fagkunnskap, forskning og teori.

**Funn/konklusjon:** Sjukepleiar i heimetenesta, saman med pårørande spelar ei sentral rolle når pasienten skal døy heime. Det er viktig å samarbeide på tvers av fleire instansar for å gi pasienten eit best mogleg tilbod. Fastlegen er viktig. Heimetenesta skal bidra til å skape tryggleik og tillit gjennom planlegging og informasjon, og skal ivareta pasienten si verdigheit ved at han får halde på sjølvbestemmelsesretten og integriteten sin.

**Nøkkelord:** Palliativ omsorg, heimedød, verdigheit, livets slutfase

## **Abstract**

**Title:** A safe and dignified home death

**Background:** After practice in home-based services and different statements from patients, I wanted to get a greater insight into how home-based services contributes to palliative care in the patients home.

**Issue:** How can a nurse in the home care service contribute to the patient in the home having a dignified and safe end to life?

**Method:** This thesis is a literature study, which means that I used data from pre-existing scientific knowledge, research and theory.

**Findings/conclusion:** Nurse in the home care service, together with relatives plays an important role when the patient is going to die at home. It is important to collaborate across several instances to give the patient the best possible offer. The GP is important. The home care service shall contribute to create security and trust through planning and information, and shall keep the patients dignity by maintaining his or her right to self-determination and integrity.

**Keywords:** Palliative care, home death, dignity, end of life

<b>1. Innleiing</b> .....	<b>1</b>
1.1. Bakgrunn for val av tema .....	2
1.2. Problemstilling .....	2
1.3. Avgrensing av problemstilling .....	2
1.4. Forklaring av begrep.....	3
1.5. Oppgåva vidare .....	3
<b>2. Metode</b> .....	<b>4</b>
2.1. Val av metode .....	4
2.2. Søkeprosess.....	4
2.3. Anna litteratur .....	5
2.4. Kjeldekritikk.....	6
<b>3. Teori</b> .....	<b>7</b>
3.1. Palliativ omsorg i heimen .....	7
3.2. Rettigheitar hos den døyande.....	8
3.2.1. FN's erklæring om den døyande sine rettigheitar .....	8
3.2.2. Yrkesetiske retningslinjer for sjukepleiarar.....	8
3.2.3. Pasienten sin sjølvbestemmelsesrett .....	9
3.3. Pårørande som ressurs.....	9
3.4. Ein verdig død.....	9
3.5. Sjukepleiarkompetanse i heimetenesta .....	10
3.6. Smertelindring.....	11
3.6.1. Medikamentskrin.....	12
<b>4. Resultat/funn</b> .....	<b>13</b>
4.1. Artikkel 1 .....	13
4.2. Artikkel 2 .....	13
4.3. Artikkel 3 .....	14
4.4. Artikkel 4 .....	14
<b>5. Drøfting</b> .....	<b>15</b>
5.1. Planlegging av heimedød .....	15
5.2. Samarbeid med pårørande .....	17
5.3. Sjukepleiar si rolle .....	19
<b>6. Konklusjon</b> .....	<b>22</b>
<b>Referanseliste</b> .....	<b>23</b>
<b>Vedlegg 1: FN's erklæring om den døendes rettigheter</b> .....	<b>26</b>
<b>Vedlegg 2: Edmonton Symptom Assessment System (ESAS skjema)</b> .....	<b>27</b>

## 1. Innleiing

For å få ei verdig avslutning på livet er det for mange avgjerande å få døye heime. Til trass for at dette er noko mange ynskjer, er det derimot få som får moglegheita. I følgje forskning er der omlag 15 prosent som får døye heime i Noreg (Kjellstadli, 2020). Med desse tala ligg Noreg blant landa med lågaste antal heimedød, og på siste plass i Europa (Birkeland & Flovik, 2018, s.186). Forsking viser at dei som har mykje hjelp frå heimetenesta, har større sannsyn for å døye heime enn dei som ikkje har det (Kjellstadli, 2020). Samhandlingsreforma blei innført i 2012, denne skal bidra til at helsetenesta er i betre stand til å møte utfordringar knytt til pasienten og skal bidra til at helsehjelp, deriblant pleie og omsorg i livets siste fase, skal kunne ytast i heimen til pasienten (Fjørtoft, 2016, s. 151-152).

Det vil vanlegvis vere opp til pasienten kvar han eller ho vil vere den siste tida. Ein viktig føresetnad for at pasienten skal få kunne vere heime er at han sjølv og pårørande ynskjer det, samt at dei kjenner seg trygge i situasjonen. Pårørande er viktige i ein slik situasjon, og det er avgjerande at dei kan vere tilstades heile døgnet. For at pasienten skal få dekkja alle sine behov, er det også viktig med tilgjengelege og pålitelege sjukepleiarar (Fjørtoft, 2016, s.81-82). I følgje yrkesetiske retningslinjer for sjukepleiarar skal sjukepleiaren bidra til at pasienten får ein verdig og naturleg død, og ikkje døyr åleine (Norsk Sykepleierforbund, 2019). Dette støttast av Virginia Henderson sin definisjon av sjukepleiaren sin funksjon, som blant anna seier at sjukepleiaren skal hjelpe individet – friskt eller sjukt, og bidra til blant anna ein fredfull død (Sørhøy, 2018).

### 1.1. Bakgrunn for val av tema

Eg har hatt mine to siste praksisar som sjukepleiarstudent i heimebaserte tenester. Her har eg møtt både dårlege pasientar og relativt friske pasientar. Blant dei pasientane eg har snakka med om slutten av livet, har eg inntrykk av at ynskjer seg ein død heime i kjende omgiversar med nære og kjære. Eit unntak, var ein pasient som ein gong sa til meg at han ynskja å kome på institusjon når han skulle døy – ettersom han då ikkje ville vere til bry for dei pårørande, og ville ikkje "laga arbeid" for dei. Slike utsegn set spor, og sidan eg ikkje har fått delteke i palliativ omsorg i heimen i løpet av mine praksisar, har eg har dermed lyst gjennom denne oppgåva å få ei større innsikt i korleis heimetenesta kan bidra på ein best mogleg måte for at dei som vel å døy heime skal få ein best mogleg avslutning på livet.

### 1.2. Problemstilling

Korleis kan sjukepleiar i heimetenesta bidra til at pasienten i heimen får ei verdig og trygg avslutning på livet?

### 1.3. Avgrensing av problemstilling

Fokuset i oppgåva vil leggest til korleis sjukepleiar i heimetenesta kan bidra til ein trygg og verdig heimedød. Eg vil avgrense til eldre menneske over 80 år, som motteke hjelp frå heimetenesta. Oppgåva vil gjelde pasientar i terminal fase, som vil seie at pasienten truleg vil døy i løpet av dagar eller timar (Norsk palliativ forening, 2020). Eg kjem ikkje til å fokusere på noko spesifikk diagnose eller kjønn. Pårørande spelar ei viktig rolle ved palliasjon i heimen og vil få ei sentral rolle. Oppgåva vil gjelde eldre som bur saman med nokon. Smertelindring er eit viktig element, og medikamentell smertelindring vil dermed vere sentralt. Av tverrfaglege samarbeidspartnarar vil eg ha størst fokus på samarbeidet med fastlegen.

## 1.4. Forklaring av begrep

### **Heimedød**

Her; forventa og planlagt dødsfall i eigen heim.

### **Palliativ omsorg**

Behandling, pleie og omsorg for pasientar med kort forventa levetid. Lindrande tiltak for pasienten sine fysiske, psykiske, sosiale og åndelege behov (WHO 2001, ref. Fjørtoft, 2016, s.79).

### **Verdigheit**

Ei subjektiv oppleving av det å bli verdsett og ein bekreftelse av eigenverd (Aakre, 2011).

### **Pårørande**

Den eller dei pasienten oppgjeve som sin/sine næraste (Lov om pasient- og brukerrettigheter, 1999, § 1- 3 b).

### **Palliativt team**

Ei tverrfagleg gruppe med brei kompetanse innan lindrande behandling og palliasjon. Består av legar, sjukepleiarar og andre aktuelle yrkesgrupper (Norsk Palliativ forening, 2020).

## 1.5. Oppgåva vidare

Oppgåva er delt i seks kapittel med innleiing, metode, teori, resultat/funn, drøfting og konklusjon. I innleiinga grunngjev eg val av tema og presenterer problemstilling. I metodekapittelet går eg fram med val av metode og søkeprosessen etter relevant forskning. Vidare presenterer eg teorien som eg meiner bidreg til å belyse problemstillinga mi, før eg gir ein kort presentasjon av forskingsartiklane. Til slutt vil eg bruke forskning og teori å drøfte opp mot problemstillinga, før eg avsluttar med ein konklusjon.



## 2. Metode

Metode fortel noko om korleis ein skal gå fram for å innhente kunnskap, og korleis ein kan etterprøve denne kunnskapen (Dalland, 2020, s.53). Metode er reiskapen når ein skal undersøkje, og hjelp å samle inn den informasjonen ein treng (Dalland, 2020, s.54). Val av metode vil seie val av framgangsmåte (Dalland, 2020, s.216).

### 2.1. Val av metode

Denne oppgåva er ein litteraturstudie, det vil seie at ein hentar inn allereie eksisterande fagkunnskap, forskning og teori for å kunne svare på ei problemstilling (Dalland, 2020, s.199). I mi oppgåve vil eg bruke både relevant forskning, teori og egne erfaringar for å svare på problemstillinga i oppgåva. Eg har brukt både kvalitative og kvantitative forskingsartiklar. Kvantitative artiklar gir oss data i form av noko målbart, medan den kvalitative metoden har som mål å hente inn meiningar og opplevingar som ein ikkje kan måle. Begge metodane skal bidra til å gi ein betre forståing av samfunnet vårt, og korleis menneske handlar og samhandlar (Dalland, 2020, s.54).

### 2.2. Søkeprosess

For å finne relevant forskning gikk eg via Høgskulen på Vestlandet sine nettsider og fann fram til EBSCOhost. Ut frå denne har eg søkt i databasane Academic Search Elite, Medline og Chinal with Full Text. Eg har sjølv oversett søkjeorda mine til engelsk for å søkje på engelsk, då eg ville ha eit breiare utval av forskingsartiklar. Eg har begrensa søka eg har gjort til å gjelde frå 2010-2020, for å få den nyaste og mest oppdaterte forskinga.

Først nytta eg søkjeorda "Home death" AND "nurse". Ved å bruke "AND" fekk eg meir avgrensa søk, då eg kun fekk resultat som inneheld begge søkjeorda. Eg fekk 344 resultat. Her fann eg artikkelen "Experiences and challenges of home care nurses and general practitioners in home-based palliative care – a qualitative study". Dette var ein studie av kvalitativ form, og med 19 deltakarar fordelt på fire fokusgrupper. Ut ifrå overskrifta og det

eg las i abstraktet til denne artikkelen fann eg ut at denne var aktuell i mi oppgåve og har vald å ta den med.

Eg gjorde også eit søk der eg kombinerte "Palliative Care" AND "Home Based Care" AND "End Of Life". Her fekk eg 402 resultat, og fann blant dei resultata artikkelen "Dignified end-of-life care in the patients' own homes". Dette var ein studie der det var nytta kvalitative intervju, med ti sjukepleiarar frå Vest-Sverige som hadde erfaringar med palliativ omsorg. Ut ifrå abstraktet valde eg å nytte denne artikkelen.

Eg valde også å gjere eit søk på Oria.no, som eg fann fram til gjennom Høgskulen på Vestlandet sine nettsider. Her søkte eg på "Palliasjon i hjemmet" og avgrensa til å kun få opp kun artiklar frå 2010-2020. Då fekk eg 19 treff, og fann ein artikkel som eg såg relevant i mi oppgåve. "Ansvarlig og avhengig – pårørendes erfaringer med forstående død i hjemmet". Dette er ein kvalitativ studie, der det er brukt intervju for å samle data av erfaringar hos pårørande til pasientar som døyr heime.

Eit siste søk gjorde eg på Sykepleien.no der eg søkte på "Palliativ behandling", her avgrensa eg også til å gjelde forskning frå 2010-2020. Eg fekk 27 treff, og fann artikkelen "Palliative pasienter får bedre lindring med tidlig symptomvurdering og tiltak". Dette er ein kvantitativ studie der det blir brukt anonymiserte data frå kvalitetsdatabasen ved Palliativ eining. Denne valde eg å ta med då eg synast den passar godt i oppgåva mi.

### 2.3. Anna litteratur

Eg vil komme til å trekke inn litteratur frå Sykepleien.no og eg vil bruke yrkesetiske retningslinjer for sjukepleiarar. Eg kjem til å trekke inn aktuelle lover og reglar. Elles vil eg bruke bøker frå pensum – Hjemmesykepleie av Fjørtoft, Sykepleie i hjemmet av Birkeland & Flovik, Klinisk Sykepleie av Stubberud, Grønseth & Almås og Palliasjon av Brenne & Estenstad. Dette er bøker eg kjenner til, og veit eg vil finne aktuell litteratur i. Derfor har eg valt desse bøkene.

## 2.4. Kjeldekritikk

Kjeldekritikk vil seie å kunne vurdere og karakterisere litteraturen ein finn, og å kunne gjere greie for kva argumenter ein har nytta når ein har valt artikkel. Hensikta med dette, er at den som les skal forstå kva du har tenkt når det kjem til å bruke litteraturen til å belyse problemstillinga. Det vil vere relevant å seie noko om kor mykje litteratur ein finn, og eventuelt om det var vanskeleg å finne. Det kan også vere relevant å seie noko om litteraturen er tilstrekkeleg oppdatert (Dalland, 2020, s.152). I og med at der finnast ein god del forskning på palliasjon fann eg mykje forskning, men når eg skulle snevre inn fokuset til å gjelde i heimen blei det vanskelegare å finne aktuelle artiklar. Eg nytta databasar som var anbefala av Høgskulen på Vestlandet, og har nytta litteratur frå 2010-2020 for å få den mest oppdaterte forskinga. Ein mykje brukt struktur for oppbygging av forskingsartiklar er IMRaD-prinsippet. IMRaD er ein forkorting for introduksjon, metode, resultat og diskusjon (Dalland, 2020, s.157). Når eg har gått igjennom forskingsartiklane eg har nytta, har eg bevisst sett etter om dei er bygde opp etter IMRaD-prinsippet. Alle artiklane eg har nytta er bygde opp etter IMRaD.

To av artiklane eg har nytta er skrivne på engelsk. Dette kan sjåast på som ei svakheit då det vil vere fare for mistolking når eg har oversett teksten frå engelsk til norsk.

Ein bør tilstrebe så langt det let seg gjere å nytte primærkjelder, men då fagstoff og pensum ofte er sekundærkjelder, vil det kunne vere utfordrande. I ei sekundærkjelde vil teksten vere tolka og presentert av andre enn den som er opprinnleg forfattar, og det opprinnelege perspektivet kan ha endra seg (Dalland, 2020, s.156). I tillegg vil eg tolke tekstane på min måte. Dette fører til mykje tolking av den opprinnelege teksten, og vil medføre ei svakheit for resultatet. Artikkelen frå kvalitetsdatabasen til palliativ eining ved UNN Harstad, er eit døme på ei sekundærkjelde eg har nytta. Denne har i tillegg eg tolka. Det vil seie at denne er tolka av to ledd etter primærkjelda, noko som vil gi eit svakare resultat, og det vil vere mindre truverdige.

### 3. Teori

Teoretisk perspektiv vil seie å gjere greie for den eller dei teoriane ein meina kan belyse tema og problemstilling (Dalland, 2020, s.184).

#### 3.1. Palliativ omsorg i heimen

Palliativ omsorg har som overordna mål å forbetre livskvaliteten til pasientar og pårørande, og å gjere livet verdt å leve heilt til siste slutt. Det er grunnleggande for omsorga og behandlinga å førebygge smerte og lidning. Den palliative behandlinga skal verken gjere dødsprosessen lenger eller kortare, men skal gjere at pasienten kan leve livet så normalt som mogleg fram til siste slutt (Birkeland & Flovik, 2018, s.188-189).

Å planlegge for heimedød krev tid. Det er derfor viktig å byrje tidleg i fasen med planlegging, helst ei tid før sjølve døden nærmar seg. I planleggingsfasen er det viktige verdiar for pasienten, ressursar, nettverk og uføresette hendingar som kan oppstå på vegen ein bør ta høgde for og kartlegge. Helsepersonell skal bidra til trygge rammer rundt pasienten – då er det ein føresetnad med kompetent heimesjukepleie, eit sjukehus som stiller opp ved behov og ikkje minst pålitelege pårørande som er villige til å stille opp døgnet rundt (Brenne & Estenstad, 2016, s.166).

Palliativ omsorg er tverrfagleg, og dermed vil tverrfagleg samarbeid mellom ulike instansar vere nødvendig for å kunne gi pasienten eit så godt tilbod som mogleg (Birkeland & Flovik, 2018, s.191). For at samarbeidet skal fungere optimalt vil det vere ein føresetnad at fagpersonane kan møtast og kommunisere saman (Fjørtoft, 2016, s.202). Palliativt team, fastlege, heimeteneste, ergoterapeut, korttidsavdeling på sjukeheim, prest med fleire, er eksempel på instansar som ofte vil vere inkludert i eit slikt samarbeid. Til dømes kan korttidsavdelinga på sjukeheimen bidra med at der står ein plass i beredskap dersom det blir behov for det. Poenget med eit tverrfagleg samarbeid er å avklare kva dei ulike kan og skal bidra med, og å gi pasienten eit best mogleg helsetilbod (Birkeland & Flovik, 2018, s.191).

I heimebaserte tenester vil kontinuitet vere viktig å tilstrebe, men dette kan vere ei utfordring på grunn av mange pasientar og ofte ulike tenester og personar involvert i forløpet (Fjørtoft, 2016, s.187). Det vil vere vesentleg at minst mogleg personale er involvert i den palliative behandlinga, for at pasient og pårørande skal ha minst mogleg å forholde seg til. Det vil vere nyttig at heimetenesta utnemnar ein pasientansvarleg sjukepleiar. Denne sjukepleiaren vil fungere som ein koordinator og kontaktperson for pasient og pårørande, og har ansvar for oppfølging og samhandling. Dette vil bidra til tillitsskaping mellom heimetenesta, pasient og pårørande. Tilliten er viktig for ein god relasjon, er avgjerande for korleis informasjon blir teke i mot og er ein viktig faktor for å kunne forberede pårørande på det som vil skje. Lukkast ein i å skape tillit og eit godt samarbeid, samt å gi den informasjonen som er nødvendig, vil det kunne bidra til at pasienten kan vere heime livet ut (Brenne & Estenstad, 2016, s.168-169).

### 3.2. Rettigheitar hos den døyande

#### 3.2.1. FNs erklæring om den døyande sine rettigheitar

FN si erklæring om den døyande sine rettigheitar omhandlar dei sentrale verdiane i livets siste fase. Her er femten punkt som handlar om ulike rettigheitar den døyande har. Ein har rett til å bli behandla som eit menneske til ein døyr. Rett til å delta i avgjersler som omhandlar behandlinga, og rett til å sleppe å døy åleine. Det er også ein rett å bli behandla av omsorgsfulle, medfølande og kyndige menneske (NOU 1999:2, s.35). Dette er berre nokre få av punkta, sjå vedlegg 1 for fullstendig liste.

#### 3.2.2. Yrkesetiske retningslinjer for sjukepleiarar

I dei yrkesetiske retningslinjene for sjukepleiarar, er det opptil fleire punkt som har relevans i forhold til palliativ behandling og omsorg. Her kjem fram at sjukepleiaren skal ivareta pasienten sine behov for heilheitleg omsorg, og at sjukepleiar skal fremje pasienten si moglegheit til å ta eigne val ved å gi tilstrekkeleg tilpassa informasjon og sikre seg at informasjonen er forstått. Det er også eit viktig punkt at sjukepleiar skal yte omsorgsfull

hjelp og lindre lidning, samt bidra til ein naturleg og verdig død, og at pasienten ikkje dør åleine (Norsk Sykepleierforbund, 2019).

### 3.2.3. Pasienten sin sjølvbestemmelsesrett

I følge pasient- og brukarrettigheitslova §3-1 (1999) er det nedfelt at pasienten har rett til å ta eigne val og rett til å medverke ved gjennomføring av helsetenester. Dersom pasienten ikkje har samtykkekompetanse er det pasienten sine nærmaste pårørande som har rett til å medverke.

### 3.3. Pårørande som ressurs

Det vil vanlegvis vere opp til pasienten og pårørande å bestemme kvar pasienten ynskjer å tilbringe den siste tida. Dersom det er ynskjeleg at pasienten skal døy heime, er det ein føresetnad at familien kan vere til stades for å bistå (Grov 1999, Morris mfl. 2015 ref. Fjørtoft, 2016, s.81), og at dei kjenner seg trygge i situasjonen (Fjørtoft, 2016, s.81). Pårørande må få tilstrekkeleg informasjon om dødsprosessen, korleis den artar seg og informasjon om teikn på at det går mot slutten og korleis dei skal forholde seg – slik informasjon vil kunne hjelpe pårørande til å oppleve kontroll og vil gjere situasjonen meir forutsigbar (Brenne & Estenstad, 2016, s.167). Ei avlastningsteneste for pårørande vil kunne vere nyttig, dersom det er ynskjeleg (Birkeland & Flovik, 2018, s.189).

### 3.4. Ein verdig død

Grunnleggande verdifullt for mennesket er verdiane våre. Verdiane vil variere, og nokre verdiane vil alltid vere viktigare enn andre. Når livets siste fase inntreffer, vil dei fleste få andre prioriteringar på verdiane, og familie og nære venner vil ofte bli viktigare enn før (NOU 1999: 2, s.34). Omsorg for alvorleg sjuke og familien handlar ikkje om døden, men om livet, om å få leve heilt til ein dør – begrepet livshjelp blir brukt for å beskrive dette. Livshjelp vil seie at alle menneske skal få hjelp så livet kan opplevast som verdifullt og meningsfullt til trass for

forkorta levetid, ein skal få leve livet i eigne omgivningar og med så lite plager som mogleg (NOU 1999: 2, s.28).

FN sin internasjonale retningslinje for omsorg ved livets slutt legg vekt på at uhelbredelig sjuke og døydande skal få så god livshjelp ved livets slutt at det opplevast så meningsfullt som mogleg. Sjølv om målet endrar seg undervegs frå helbredning til lindring, har alle sjuke og døydande rett på omsorg og medisinsk behandling (NOU 1999: 2, s.34-35).

Den amerikanske sjukepleiaren, Virginia Henderson, var den første til å utvikle ein felles teori om sjukepleie. Henderson forsøkte å beskrive den særeigne funksjonen til sjukepleiaren. Ho presenterte allereie i 1955 sin eigen sjukepleiedefinisjon, dette for å godtgjere for manglar og svakheiter ho erfarte i si grunnutdanning (Kristoffersen, 2011, s.223). Definisjonen til Henderson gikk ut på å ha fokus på pasienten sine grunnleggande behov, samt sjukepleiaren sitt ansvar å dekkje desse. Dette innebar både fysiske, psykiske, sosiale og eksistensielle behov. Teorien sitt overordna mål skulle vere å gjenopprette pasienten si sjølvstende, og eventuelt bidra til ein fredfull død (Kirkevold, 2020).

### 3.5. Sjukepleiarkompetanse i heimetenesta

Å vere kompetent til noko vil seie å vere kvalifisert eller skikka (Fjørtoft, 2016, s.213). Sjukepleiaren sin kompetanse kan delast inn i kunnskap, ferdigheiter og personlege eigenskapar (Eraut, 1994, s.260 ref. Fjørtoft, 2016, s.214). Kompetanse visast ved å kunne tilpasse seg situasjonen, og å bruke kunnskap og ferdigheiter på riktig måte. Kompetanse er kunnskapsbasert, og utviklast gjennom erfaring, øving og refleksjon (Fjørtoft, 2016, s.214).

Ein sjukepleiar i heimebaserte tenester vil trenge kompetanse på fleire områder. Målet er å hjelpe kvar enkelt og pårørande å meistre situasjonar så godt som mogleg. Dette inneber blant anna lindring og livshjelp til ein verdig avslutning på livet (Fjørtoft, 2016, s.215), og gir heimetenesta utfordringar på tre hovudområder: fagleg kompetanse, praktisk tilrettelegging og medmenneskeligheit. Fagleg støtte, god tid, innleving og omsorg er avgjerande for at sjukepleiaren i heimetenesta skal kunne gi god palliativ omsorg, og bidra til at den siste tida

blir meningsfull både for pasient og pårørende. Tillit, tryggleik, tid og tilstadeværing er viktige ord i arbeid med menneske i siste fase av livet (Fjørtoft, 2016, s.82-83).

Dersom det blir utrygt eller tungt for pårørende og pasienten å vere heime, er "open retur" er løysing som inneber at ein har ei forsikring om at pasienten kan komme tilbake til sjukehuset eller sjukeheimen, og til ei avdeling der ein er kjend. Det kan vere ei trygghet både for pasienten og pårørende, men det kan og vere ei lettvinnt løysing og vere til hinder for at kommunen styrkar tilbodet i heimen. Det er pasienten sine behov og ynskjer som skal komme først (Fjørtoft, 2016, s.82).

Eit nyttig hjelpemiddel for sjukepleiar i heimetenesta ved pasientar i palliativ fase kan vere "Livets siste dagar – plan for lindring i livets slutfase". Dette er ein tiltaksplan som er ei vidareutvikling av Liverpool Care Pathway (LCP) som er tilpassa bruk i Noreg. Tiltaksplanen er bygd opp av internasjonale prinsipp og nasjonale føringar for omsorg til døyande, og bidreg til at ein har ei felles ramme og ein struktur for pleie og omsorg ved livets siste fase (Helse Bergen, 2020). "Livets siste dagar" skal kunne nyttast i pasienten sine siste dagar, uavhengig av kvar ein vel å døy og kva diagnose ein har. Tiltaksplanen er meint som eit hjelpemiddel for helsepersonell, og skal nyttast saman med kunnskap, ferdigheiter og det kliniske blikket. Før oppstart av "Livets siste dagar" er det viktig å vurdere alle moglege årsaker til pasienten sin tilstand, og sjå dette i ein samanheng med sjukehistorie og symptomutvikling. Beslutning om at pasienten er døyande skal vurderast av fleire. Når planen er starta opp er det viktig med fortløypande vurderingar og god dokumentasjon undervegs (Helsebiblioteket, 2016).

### 3.6. Smertelindring

Smerte er ei oppleving, eller eit fenomen som blir påverka av somatiske, psykiske og sosiale faktorar. Smerter, i medisinsk samanheng vil ofte ha med vevsskade å gjere. International Association for the Study of Pain (IASP) forklarar smerte ved at det som gir eller utløyser smerten er ein skade på vev. Skaden kan vere akutt og forbigåande, men den kan og vare over lenger tid og bli kronisk (Kaasa, 2016, s.402).



Eit av dei største problema hos pasientar i palliativ fase er smerter (Lorentsen & Grov, 2017, s.426). Dersom pasienten har mykje smerter må smertelindringa ha høg prioritet (Birkeland & Flovik, 2018, s.194). Nokre pasientar er meir engstelege for smertene enn sjølve døden (Lorentsen & Grov, 2017, s.426), og det er derfor viktig at det blir lagt konkrete planar for smertebehandlinga, og kva som skal gjerast dersom det er endring i smertemønsteret (Birkeland & Flovik., 2018, s.194).

Eit nyttig verktøy for å kartlegge blant anna smerter hos pasientar i palliativ fase er Edmonton Symptom Assessment System (ESAS). ESAS er eit i utgangspunktet eit sjølvrapporterings skjema, men kan også fyllast ut av pårørande eller helsepersonell på vegne av pasienten. Skjema blir brukt for systematisk kartlegging av symptom av pasientar som mottar lindrande behandling. Skjemaet skal fyllast ut kvar dag, og kartlegg blant anna smerter i bevegelse og i ro, slappheit og kvalme (Vigstad et al., 2018). Sjå vedlegg 2 for ESAS skjema.

God smertelindring vil kunne bidra til gjere den siste tida til ei betre tid, og vil kunne bidra til ein "god død" (Miyashita mfl. 2008, Wijk & Grimby 2008, ref. Lorentsen & Grov, 2017, s.426).

### 3.6.1. Medikamentskrin

Kompetansesenteret i lindrande behandling har i samarbeid med Sunniva avdeling for lindrande behandling sett saman eit medikamentskrin for symptomlindring i livets siste fase. Dette skrinet inneheld Glykopyrron, Haloperidol, Midazolam, Morfin og utstyr til å setje desse medikamenta subkutant. Rekvirering av medikamentskrinet skjer av legen til den enkelte pasient (Helse Bergen, 2020).

## 4. Resultat/funn

Eg har funne 4 forskingsartiklar som eg meina bidreg godt med å belyse mi problemstilling. Eg skal her presentere desse artiklane.

### 4.1. Artikkel 1

Artikkel 1: *Experiences and challenges of home care nurses and general practitioners in home-based palliative care – a qualitative study*, av Danielsen et al. (2018). Dette er ein studie som omfattar heimesjukepleiarar og fastlegen og kva forhold som kan avlaste og kva forhold som kan begrense ein heimedød. Det blei gjort tre hovudfunn i studien; viktigheita av ein god start for pasienten og pårørande, viktigheita av eit godt samarbeid i helsevesenet og det å unngå ny sjukehusinnleggelse ved godt samarbeid og god kompetanse i primærhelsetenesta. Studien viser at optimal lindrande behandling i heimen avheng av tett samarbeid og dialog mellom pasient, pårørande, heimesjukepleia og fastlegen, og at der er behov for sikrere rutinar når ein skriv ein terminal pasient frå sjukehuset til heimen. Studien viser og til at ein god start for pasienten og pårørande, der det første samarbeidsmøtet finn stad i heimen til pasienten, er avgjerande for eit godt resultat.

### 4.2. Artikkel 2

Artikkel 2: *Dignified end-of-life care in the patients own homes*, av Karlsson & Berggren (2011). Målet med denne studien var å belyse sjukepleiarane sine opplevingar av faktorar som bidreg til god omsorg i slutten av livet i pasientane sine eigne heimar. Det blir sett på det å identifisere faktorar for å lindre unødvendig liding for døande pasientar og dei pårørande, og faktorar som kan bidra til at pasienten kjenner seg ivareteken i heimen. Funn og resultat som blei gjort i studien var at god omsorg i livets siste fase føreset at helsepersonell bidreg til tryggleik, integritet og autonomi for pasienten og pårørande for å bidra til ein god og verdig død. Når pasienten kjende at hans grunnleggande behov blei ivaretekne og respekterte, blei verdigheita bevart, og døden i heimen blei sett på som verdig.

#### 4.3. Artikkel 3

Artikkel 3: *Ansvarlig og avhengig – Pårørendes erfaringer med forestående død i hjemmet*, av Sørhus et al. (2016). I denne studien blir det beskrevet erfaringer hos pårørende når kreftpasienter ønsker å tilbringe den siste fasen i livet hjemme og korleis pårørende opplever pasienten sine symptom, og si oppgåve som pårørende. Studien sitt fokus er på pårørende når deira nærast ønsker å tilbringe den siste tida hjemme. Det blei gjort funn av fire hovudtema blant dei pårørende i studien; verdifull tid heime, å vere tilgjengeleg heile dagen og natta, lindring av pasienten sine symptom og oppfylle deira ønske, og opplevingar og oppfølging frå helsevesenet. Pårørende beskriv i studien eit høgt ansvarsnivå, samt avhengigheit av støtte frå helsevesenet. Eit anna funn som blei gjort var at pårørende synast det å følgje ein plan for behandling var vesentleg. Støtte i ulike former synast og å vere eit viktig punkt for å ivareta pasienten som skal døye heime.

#### 4.4. Artikkel 4

Artikkel 4: *Palliative pasienter får bedre lindring med tidlig symptomvurdering og tiltak*, av Vigstad et al. (2018). Målet med studien var å kartlegge korleis palliative pasienter, her retta mot kreftpasienter, rapporterte sine symptom ved innleggelse, korleis menn og kvinner oppgjer symptom ulikt og korleis symptom endra seg frå eit opphald til neste. Dette er ein kvantitativ studie med bruk av data frå kvalitetsdatabasen til palliativ eining ved UNN Harstad. Konklusjonen i studien viser at riktig bruk av ESAS og rask start av tiltak gir reduksjon i symptom, samt at den gode samtalen vil vere nyttig.

## 5. Drøfting

Drøfting vil seie å belyse tema frå ulike sider (Dalland, 2020, s.30).

### 5.1. Planlegging av heimedød

Det vil i utgangspunktet vere opp til pasienten å bestemme kvar han ynskjer å tilbringe den siste tida (Fjørtoft, 2016, s.81). Dette er nedfelt i pasient- og brukarrettighetslova §3-1 (1999) der det går fram at pasienten har rett til å ta eigne val. Dersom pasienten ynskjer å døy heime stiller det krav og føresetnadar om at pårørande kan vere tilstades for å bistå heile døgnnet (Groven 1999, Morris mfl. 2015 ref. Fjørtoft, 2016, s.81), og at dei kjenner seg trygge i situasjonen (Fjørtoft, 2016, s.81). Det går klart fram i dei yrkesetiske retningslinjene for sjukepleiarar at sjukepleiar skal bidra til ein naturleg og verdig død, og at pasienten ikkje skal døy åleine (Norsk Sykepleierforbund, 2019). Det vil ut ifrå dette, vere vesentleg å kartlegge i lag med familien, at dei kan stille opp døgnnet rundt då pasienten ikkje skal vere åleine. Helsepersonell må ha kunnskap om å ivareta pasienten sine behov; både fysiske, psykiske, sosiale og eksistensielle, i følgje Virginia Henderson (Kirkevold, 2020), samstundes som ein må legge plan for smertelindring (Birkeland & Flovik, 2018, s.194).

Når det er bestemt at pasienten skal tilbringe siste fase av livet i heimen, vil det ikkje vere tilstrekkeleg med kun hjelp frå heimesjukepleia. Ein vil vere nøyddde å samarbeide på tvers, med fleire instansar – eit tverrfagleg samarbeid, der fastlegen og heimesjukepleia er to instansar som er avgjerande for pasienten. Andre viktige instansar kan vere blant anna palliativt team, prest, spesialisthelsetenesta og korttidsavdeling på sjukeheim (Birkeland & Flovik, 2018, s.191). Heimesjukepleia skal bidra til trygge rammer rundt pasienten (Brenne & Estenstad, 2016, s.166), og hjelpe pasienten til å meistre situasjonen og kvardagen best mogleg ved å gi lindring og livshjelp (Fjørtoft, 2016, s.215). Det vil vere vesentleg å utnemne ein pasientansvarleg sjukepleiar, som skal ha "tråden" i det som skjer, og samarbeide med blant anna pasient, pårørande og fastlegen (Birkeland & Flovik, 2018, s.191). Den pasientansvarlege sjukepleiaren vil fungere som ein koordinator, vere ein kontaktperson for pasient og pårørande og ha ansvar for oppfølging og samhandling. Dette vil bidra til

tillitsskaping mellom heimetenesta, pasient og pårørande (Brenne & Estenstad, 2016, s.168-169). Erfaring eg har frå heimetenesta er at ein er flinke til å utnemne pasientansvarleg sjukepleiar, og at den som er pasientansvarleg sjukepleiar tek oppgåvene på alvor og stiller opp for "sine" pasientar. Ei ulempe med dette, kan vere til dømes dersom den pasientansvarlege sjukepleiaren har ferie, og det er noko spesielt med "ein av pasientane" til denne sjukepleiaren, då kan det vere usikkerheit i personalet kven som skal ta over oppgåvene, og viktige ting kan bli oversett eller gløymt. Ein bør ta høgde for at det er faste personalet, gjerne eit begrensa antal, som er innom pasienten. Dette for å tilstrebe best mogleg kontinuitet i pleia (Brenne & Estenstad, 2016, s.168-169). I studien til Sørhus et al. (2016) blir det påpeika at ofte i helgane var der "forskjellige folk" som kom for å hjelpe til med til dømes stell. Dette bidrog til ein utrygg situasjon både for personalet som kom, pasienten og pårørande. Dette blir og sett i teorien som eit problem, at der er mange ulike involverte i dei ulike pasientane sine forløp (Fjørtoft, 2016, s.187). I min praksis som sjukepleiarstudent har eg også sett dette, at der ofte, spesielt på helgar vil vere mindre fagfolk og kjende folk på jobb, noko som resulterte i at nokre pasientar vil få hjelp av dei som kanskje ikkje er like kjende, og som ikkje er fagfolk. Dei aller fleste synast dette er greitt, medan nokre synast ikkje noko om det, og ynskjer ikkje hjelp frå andre enn kjende fagfolk.

Det kan vere nyttig å samarbeide anten med sjukehuset eller ein sjukeheim å leggje ein plan for ei "open retur" løysing, dersom det blir nødvendig med avlastning enten for pasienten eller pårørande (Fjørtoft, 2016, s.82). Når eg var i praksis på sjukehus, hadde vi ein pasient som hadde "open retur" til avdelinga. Då hadde vi eit godt samarbeid med heimetenesta denne pasienten høyrde til, og dei kunne ringe dersom dei lurte på noko, og dersom pasienten blei dårleg utover det dei kunne handtere. Avdelinga, både med sjukepleiarar og legar, kjende godt til pasienten og pårørande, noko som gjorde at situasjonen var trygg for alle partar. På den andre sida kan "open retur" vere ei "lett" løysing for kommunehelsetenesta, då dei sende pasienten inn på for eksempel sjukehuset når dei blir utrygge eller ynskjer å avlaste seg sjølv. "Open retur" skal ikkje nyttast som eit hjelpemiddel for kommunehelsetenesta, og det skal til sjuande og sist vere pasienten og pårørande som avgjer om pasienten skal leggest inn på sjukehuset (Fjørtoft, 2016, s.82).

I følge Karlsson & Berggren (2011) kjem det fram at for å få til eit vellykka resultat er ein avhengig av at sjukepleiarar og legar samhandlar i lag med kvarandre, og ikkje minst i lag med pasienten, i tillegg er det palliative teamet ein positiv faktor. Dette støttast i studien til Danielsen et al. (2018), der det kjem fram at optimal lindrande behandling i heimen avheng av tett samarbeid mellom pasient og pårørande, sjukepleiarane i heimetenesta og fastlegen. Planlegging av palliativ behandling i heimen er tidkrevjande, og det er viktig å byrje planlegginga tidleg for å kartlegge og for å vere førebudd (Brenne & Estenstad, 2016, s.166). Danielsen et al. (2018) trekk fram at eit tverrfagleg samarbeidsmøte tidleg i behandlinga, gjerne i pasienten sin heim, samt etablering av samarbeid mellom heimesjukepleia, fastlegen og sjukehuslegen vil vere nyttig for ein god start og for eit godt resultat. I følge Danielsen et al. (2018) kan derimot samarbeidet mellom spesialisthelsetenesta og kommunehelsetenesta vere dårleg og mangelfullt. Dette fekk eg erfare i min praksis som sjukepleiarstudent, når eg var med på å motta ein pasient i palliativ fase som kom med ei smertepumpe. Dette hadde vi ikkje fått noko forvarsel på eller opplæring i, noko som gjorde at personalet kjende seg utrygge, då dei ikkje var vande med dette. Det enda med at pasienten blei send på sjukehus for å døy, då sjukdomsforløpet, og smertepumpe blei for utrygt. For å redde ein slik situasjon kunne det på førehand vorte gjennomført opplæring på det aktuelle, som i denne situasjonen var ei smertepumpe, frå spesialisthelsetenesta, så heimetenesta hadde vore førebudd og kunne planlagt det som skulle kome.

## 5.2. Samarbeid med pårørande

For å lukkast i gjennomføring av ein heimedød er ein avhengig av pasienten sine pårørande, og at dei kan vere tilstades heile døgnet (Grov 1999, Morris mfl. 2015 ref. Fjørtoft, 2016, s.81). Når døden nærmar seg vil ofte prioriteringa på verdiar bli annleis, og vener og familie vil ofte bli viktigare enn før for pasienten (NOU 1999:2, s.34). Å vere pårørande i ein slik situasjon vil vere tøft og krevjande, ein lyt stå i situasjonar som er utanfor eiga komfortsone, og sjå på at sine eigne har det vondt. I studien til Sørhus et al. (2016) fortel pårørande at lengst mogleg heimetid for den døyande bidrog til ei verdifull avslutning på livet. Heimetid bidrog til at ein fekk vere samla som ein familie og pårørande fekk halde det dei hadde lova. Pårørande sjølv har beskrive at det er betydningsfullt å vere i ro i heimen, og det gav ei friheitskjensle for pårørande når pasienten er heime. Det var også viktig for pårørande at

pasienten fekk ynskje om å vere heime innfridd. Pårørande uttrykkjer sterk vilje om å innfri dette, men samstundes går dei å bær på ei frykt om at det ikkje skal gå bra. Helsepersonell har i oppgåve å skape tryggleik rundt pasienten og dei pårørande. Det er viktig at helsepersonell samarbeida med pårørande, og gir den informasjonen dei treng for at situasjonen skal vere så forutsigbar så mogleg (Brenne & Estenstad, 2016, s.166-168). Det vil kunne vere vesentleg å ha ei avlastningsteneste tilgjengeleg for pårørande, dersom dei skulle få behov for det (Birkeland & Flovik, 2018, s.189). Det kan til dømes vere at pasienten kan få tilbod om nokre dagar på korttidsavdeling (Birkeland & Flovik, 2018, s.191), så pårørande kan slappe av og "ta seg inn igjen", eller det kan vere så lite som at nokon andre tek over i eit par timar så pårørande kan gå ein tur (Sørhus et al., 2016). Dei pårørande i studien til Sørhus et al. (2016), meina at avlastning var nødvendig og avgjerande for å klare å stå i utfordringane over tid.

Som nemnt innleiingsvis, prata eg ein gong med ein pasient i heimetenesta som sjølv sa han ynska å kome på institusjon når han skulle døy, for å unngå å vere til bry for pårørande. Dette var ein pasient som budde åleine, men hadde pårørande som stilte opp dersom det var behov for det. Ut i samtalen kom det fram at grunnen til at han ville på institusjon og ikkje ville "lage arbeid" for pårørande var at han visste sjølv kor mykje arbeid det var å vere pårørande i ein slik situasjon etter at kona hans hadde døydd heime. Vidare fortalte han om at alt ansvaret blei lagt på dei, som pårørande i denne situasjonen, og at heimesjukepleia kun kom dersom det var noko spesielt. Dette blir også påpeika i studien til Sørhus et al. (2016), der fleire pårørande meina at heimetenesta ikkje gjer ein god nok jobb, og ikkje tek seg tida. Sjølv har eg i praksis i heimetenesta opplevd at tidspress og dårleg tid gjer at ein må "forte" seg gjennom ulike oppgåver, og til tider prioritere det som må gjerast og sjå vekk i frå det som ikkje er like viktig. Ofte blir tilsyn erstatta med ein rask telefonsamtale. I følgje Fjørtoft (2016) er "tid" eit av dei viktigaste stikkorda i arbeid med pasientar i livets siste fase (s.82-82).

Helsepersonell har som oppgåve å skape tryggleik rundt pasienten som ynskjer å døy heime (Brenne & Estenstad, 2016, s.166). Kontinuitet i pleia og ein pasientansvarleg sjukepleiar kan bidra til nettopp dette (Brenne & Estenstad, 2016, s.168-169). Både studien til Sørhus et al. (2016) og Karlsson & Berggren (2011) støttar dette, og meina at kontinuitet i pleia, samt

samarbeid mellom sjukepleiar og fastlege bidreg til tryggleik og tillit. Det kan derimot i praksis vere utfordrande å skape den kontinuiteten ein ynskjer. Mangel på tid og ressursar og lite fagfolk på jobb, vil bidra til å svekke den ynska kontinuiteten i arbeidet. Ei "open retur" løysing, som nemnt tidlegare, er og noko som kan skape tryggleik både for pasienten og pårørande (Fjørtoft, 2016, s.82). Dersom ein lukkast i å oppnå tillit, vil det kunne bidra til meir heimetid og at pasienten kan vere heime livet ut (Brenne & Estenstad, 2016, s.168-169).

Planlegging med pårørande er viktig for å tilrettelegge for heimedød (Brenne & Estenstad, 2016, s.166). Dette støttast av fleire studiar, som meina at god planlegging er nøkkelen for å kunne lukkast i samarbeidet mellom pårørande, pasient og sjukepleiar i heimetenesta (Danielsen et al, 2018; Sørhus et al., 2016). I følgje Sørhus et al. (2016), ville og ein plan for behandling vere eit godt hjelpemiddel. Tiltaksplanen "Livets siste dagar" kan vere eit slikt hjelpemiddel som kan bidra til å gjere situasjonen meir forutsigbar (Helsebiblioteket, 2016). Informasjon til pårørande er viktig, både for å auke tryggleiken og for å gi pårørande kontroll på situasjonen. Informasjon om sjølv dødsprosessen og teikn på at døden nærmar seg vil vere nyttig for pårørande å vite noko om. Pårørande vil naturlegvis ha mykje spørsmål, og som sjukepleiar lyt ein vere tilgjengeleg til å svare på desse på ein best mogleg måte. Dersom ein ikkje veit, er det viktig at ein er ærleg med det. Helsepersonell må informere om korleis dødsprosessen artar seg, og kva akutte situasjonar som kan førekomme. Desto meir pasient og pårørande kan og veit, desto meir forutsigbar vil situasjonen vere (Brenne & Estenstad, 2016, s.166-168). I studien til Sørhus et al. (2016) kjem det fram at pårørande synast det var vesentleg å følgje ein plan for behandling, pleie og omsorg, som er sett i verk og følgt opp av kvalifisert helsepersonell. Dette ville bidra til at pårørande opplevde ei kjensle av ein handterbar situasjon, som igjen kunne bidra til at dei kjende det meningsfullt å halde fram, og halde løftet til pasienten om heimetid.

### 5.3. Sjukepleiar si rolle

Det går fram i dei yrkesetiske retningslinjene for sjukepleiarar at sjukepleiar skal yte omsorgsfull hjelp og lindre liding, samt ivareta pasienten sine behov for heilheitleg omsorg. Sjukepleiar skal og fremje pasienten si moglegheit til å ta egne val (Norsk Sykepleierforbud,



2019). Dersom pasienten ikkje sjølv får moglegheita til å bestemme kvar han ynskjer å døy, vil det vere brot på sjølvbestemmelsesretten, og autonomien til pasienten vil bli krenka. Karlsson & Berggren (2011) meina at for å bevare pasienten si verdigheit ved omsorg i livets siste fase er respekt for pasienten sin sjølvbestemmelsesrett og integritet ein avgjerande faktor. I NOU 1999:2 blir den døyande sine rettigheitar omtala, desse tek føre seg dei sentrale verdiane i livets siste fase, sjå vedlegg 1. Her går det også fram at pasienten har rett til å delta i bestemmelsar om eige liv, og at ein har rett til å døy med verdigheit. Rettigheitene til pasienten er klare (Norsk Sykepleierforbud, 2019), og bør vere gjennomførbare i praksis. Sjukepleiar har i oppgåve å bidra til gjennomføring, men det blir dessverre ofte sett at kompetansen og ressursane i helse- og omsorgstenesta ikkje strekk til. Eg har sjølv vore i praksis i heimetenesta to gonger, men aldri fått vore med på at pasienten har fått ynskje sitt oppfylt om å døy heime. Argument har ofte vore at ein ikkje har nok ressursar, og at dei er betre på palliativ behandling på institusjonane eller på sjukehuset. Det går ofte lang tid mellom kvar palliative behandling ute i heimane, noko som kan bidra til usikkerheit i personalet, og at ein kan kjenne på mangel på kompetanse innan feltet, som kan vere grunnar til at personalet skyv vidare ei slik oppgåve til institusjonane eller sjukehusa.

Pasientar i palliativ fase fryktar ofte smerter, og vil til tider vere meir engsteleg for smertene enn sjølve døden (Lorentsen & Grov, 2017, s.426). Dette stiller krav til helsepersonell, og det er derfor viktig å ha konkrete planar for smertebehandlninga, samt at denne har høg prioritet (Birkeland & Flovik, 2018, s.194). I følgje Karlsson & Berggren (2011), Sørhus et al. (2016) og Danielsen et al. (2018) er det viktig at sjukepleiar har nødvendig kompetanse, og er villig til å gjere sitt ytste for å gi optimal og verdig omsorg ved livets slutt. Dette støttast også av Fjørtoft (2016) som meina at sjukepleiar treng kompetanse på fleire områder når ein arbeider i heimesjukepleia. Blant anna kompetanse innan lindring og livshjelp, og til å bidra til ein verdig avslutning på livet (Fjørtoft, 2016, s.82-83), og i følgje sjukepleiarteoretikar Virginia Henderson, ein fredfull død (Kirkevold, 2020).

Det er i Noreg, utvikla fleire palliative planar, blant anna tiltaksplanen "Livets siste dagar". Denne planen blir ofte nytta i institusjon, og er meint som eit hjelpemiddel for helsepersonell, i tillegg til "det kliniske blikket" (Helsebiblioteket, 2016). Planen skal bidra til

å gi ei felles ramme og struktur for pleie og omsorg i livets siste fase (Helse Bergen, 2020). I studien til Karlsson & Berggren (2011) kjem det fram at pasient og pårørende må kunne stole på sjukepleiar, og at sjukepleiar gjer sitt ytste for å gi best mogleg omsorg for å eliminere symptom og sikre god livskvalitet. Det krev at sjukepleiar stadig er utstyrt med tilstrekkeleg reseptar frå legen for å gjere det mogleg å raskt handtere nye symptom før dei blir uthaldlege. Dette bekreftast i studien til Danielsen et al. (2018) at dersom sjukepleiarane i heimetenesta hadde tilgjengelege reseptar og føreskreve medikament frå lege ville det kunne bidra til å unngå sjukehusinnleggelse, då sjukepleiarane sjølv kunne kontrollere symptom. Det var ofte medikamentskrinet med dei fire medikamenta Glykopyrron, Haloperidol, Midazolam og Morfin, som var eit godt hjelpemiddel. I praksis kan det ofte vere utfordrande med bruk av medikamentskrin og desse medikamenta i heimetenesta, då ein er avhengig av å vere sjukepleiar på jobb for å kunne gi dette, og helst to, for å dobbelkontrollere, noko som ikkje alltid er ein realitet. Eg har sett i praksis, at der svært ofte er ein kun ein sjukepleiar på vakt, spesielt på kveld, og det hender til tider at der er ingen. Då vil det vere utfordrande dersom ein pasient til dømes treng Morfin. Det er viktig at sjukepleiar er merksam, kartlegg pasienten sitt smertemønster og har kunnskap om smertelindring. Symptomkartlegging bør stå sentralt i eit palliativt forløp, i følge Vigstad et al (2018). Dette for å gi pasienten optimal og effektiv lindring av symptom. Vigstad et al. (2018) påpeika at dersom ein startar tidleg med kartlegging og behandling av smerter og andre symptom, vil det kunne redusere symptombelastninga og betre livskvaliteten til pasienten, noko som er hovudmålet med kartlegginga og behandlinga. Det er viktig å ha gode kunnskap om symptom for å kunne ivareta pasienten på best mogleg måte. Vigstad et al. (2018) trekk også fram bruk av Edmonton Symptom Assessment System, det såkalla ESAS skjema, og meina systematisk bruk av skjema auka moglegheita for å oppdage nye symptom som elles kunne vorte oversett. ESAS skjema gir og betre informasjon om pasienten sine plager, noko som vil bidra til å auke livskvaliteten til pasienten. God smertelindring vil kunne bidra til å gjere den siste tida til ei betre tid, og vil kunne bidra til ein "god død" (Miyashita mfl. 2008, Wijk & Grimby 2008, ref. Lorentsen & Grov, 2017, s.426).

## 6. Konklusjon

Sjukepleiar i heimetenesta ser ut til å ha ei sentral rolle når det kjem til ivaretaking av pasienten og pårørande for å bidra til å skape trygge rammer. Det er viktig at pasienten og pårørande er trygge i situasjonen og sjølv ynskjer heimedød. Når pasienten skal døy heime er ein avhengig av pårørande som kan stille opp døgnet rundt, for at pasienten ikkje skal vere åleine. Det vil vere vesentleg å starte planlegginga tidleg, og involvere dei aktuelle partane, for å legge ein plan for vidare behandling. Det har vist seg at å følgje ein plan for behandlinga, til dømes "Livets siste dagar", vil kunne bidra til å skape tryggleik blant pasienten og pårørande. Det vil vere viktig å tidleg utarbeide det tverrfagleg samarbeid for å gi pasienten eit best mogleg tilbod som er heilskapleg, då dette har vist seg å vere hensiktsmessig. Ei "open retur" løysing i samband med enten sjukehus eller institusjon vil også vere ein faktor som kan føre til tryggleik for pasient og pårørande.

For å skape tillit mellom heimetenesta, pasienten og pårørande er det ein føresetnad med kontinuitet, tilstrekkeleg informasjon og kompetente sjukepleiarar. Det vil kunne bidra til lengst mogleg heimetid. Mangel på informasjon vil kunne føre til usikkerheit hjå pasienten og pårørande, og vil kunne føre til innleggelse enten i sjukehus eller på institusjon. Det vil vere vesentleg at sjukepleiar stadig er utstyrt med nødvendig utstyr for å kunne lindre symptom, til dømes reseptar frå legen. Det å utnemne ein pasientansvarleg sjukepleiar som fungera som ein koordinator, vil også ha tillitsskapande effekt. Det er viktig for å ivareta pasienten si verdigheit at pasienten får halde på autonomien og integriteten sin. Det er avgjerande å ha kunnskap om lindring, livshjelp i livets siste fase og den palliative fasen, samt kunnskap om riktig smertelindring til pasientar i terminal fase. Dette for at pasienten skal få det best mogleg den siste tida. God smertelindring vil kunne bidra til å gjere den siste tida betre, her kan ESAS og medikamentskrin vere gode hjelpemiddel. Det vil vere nødvendig med godt samarbeid med fastlegen, for å alltid vere førebudd på det som kan skje. Dette kan gjere sjukepleiar i heimetenesta meir trygg i situasjonen, og vil bidra til ein trygg og verdig død i heimen.

## Referanseliste

Aakre, M. (2011, 21. Februar). *Ja til verdighet*. Sykepleien.

<https://sykepleien.no/etikk/2011/02/ja-til-verdighet>

Birkeland, A. & Flovik, A. M. (2018). *Sykepleie i hjemmet*. (3.utg.). Cappelen Damm Akademisk

Brenne A.-T. & Estenstad B. (2016). Hjemmedød. I S. Kaasa & J. H. Loge (Red.). *Palliasjon: Nordisk lærebok*. (s.161-170). Gyldendal Akademisk.

Dalland, O. (2020). *Metode og oppgaveskriving*. (7.utg.). Gyldendal.

Danielsen, B.V., Sand, A.M., Rosland, J.H. & Førland, O. (2018). Experiences and challenges of home care nurses and general practitioners in home-based palliative care – a qualitative study. *BMC Palliative Care*, 17(1), s.1-13. <https://doi.org/10.1186/s12904-018-0350-0>

Fjørtoft, A.-K. (2016). *Hjemmesykepleie: Ansvar, utfordringer og muligheter*. (3.utg.). Fagbokforlaget.

Helse Bergen (2020, 27. Juli). *Livets siste dager – plan for lindring i livets slutfase*. <https://helse-bergen.no/kompetansesenter-i-lindrande-behandling/palliasjon-verktoy-for-helsepersonell/livets-siste-dagar-plan-for-lindring-i-livets-slutfase>

Helse Bergen (2020, 08. Oktober). *Medikamentskrin vaksne*. <https://helse-bergen.no/kompetansesenter-i-lindrande-behandling/palliasjon-verktoy-for-helsepersonell/medikamentskrin-vaksne>

Helsebiblioteket (2016, 08. September). *Livets siste dager – implentering og bruk av plan for lindring i livets slutfase.*

<https://www.helsebiblioteket.no/fagprosedyrer/ferdige/livets-siste-dager;jsessionid=B3F386BC71430C5F9CB3EFD8D9CEF4F6>

Kaasa, S. (2016). Smertebehandling – generelle prinsipper. I S. Kaasa & J. H. Loge (Red.). *Palliasjon: Nordisk lærebok.* (s.402-409). Gyldendal Akademisk.

Karlsson, C. & Berggren, I. (2011). Dignified and-of-life care in the patients' own homes. *Nursing Ethics*, 18(3), s.1-12.

[https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/0969733011398100?casa\\_token=E3OvIOI6bNIAAAAA:bd9CkjCjd3fEEEoIHU3jF3-m5owRhJo1HPTaREahXxBFHAikcPwJJBIN33QfIBgMaEV\\_lfkAARQ](https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/0969733011398100?casa_token=E3OvIOI6bNIAAAAA:bd9CkjCjd3fEEEoIHU3jF3-m5owRhJo1HPTaREahXxBFHAikcPwJJBIN33QfIBgMaEV_lfkAARQ)

Kirkevold, M. (2020, 30.Mars). *Sykepleieteori.* Store medisinske leksikon.

<https://sml.snl.no/sykepleieteori>

Kjellstadli, C. (2020). *Dying at home in Norway: Health care service utilization in the final months of life* (Doktorgradsavhandling, Universitetet i Bergen).

<https://bora.uib.no/bora-xmlui/bitstream/handle/1956/22467/archive.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Kristoffersen, N. (2011). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I N. Kristoffersen, F. Nortvedt, & E.-A. Skaug (Red.). *Grunnleggende sykepleie – Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar.* (s.207-270). Gyldendal Akademisk.

Lorentsen, V. B. & Grov, E. K. (2017). Generell sykepleie ved kreftsykdommer. I D.-G. Stubberud, R. Grønseth & H. Almås (Red.). *Klinisk sykepleie 2.* (s.397-430). Gyldendal Akademisk.

Norsk Palliativ Forening (2020). *Begrep*. Norsk Palliativ forening.

<https://palliativ.org/publikasjoner/begrep>

Norsk Sykepleierforbund. (2019). *Yrkesetiske retningslinjer*.

<https://www.nsf.no/sykepleiefaget/yrkesetiske-retningslinjer>

NOU 1999: 2 (1999). *Livshjelp – behandling, pleie og omsorg for uhelbredelig sjuke og døende*. Sosial og helsedepartementet.

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-1999-2/id141460/>

Pasient og brukerrettighetsloven (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63/KAPITTEL\\_1#§1-3](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63/KAPITTEL_1#§1-3)

Sørhøy, M. S. (2018, 09. November). *Grunnleggende sykepleie*. NDLA.

<https://ndla.no/nb/subjects/subject:4/topic:1:172819/topic:1:178985/resource:1:9770>

Sørhus, G. S., Landmark, B. T. & Grov, E. K. (2016). Ansvarlig og avhengig – Pårørendes

erfaringer med forestående død i hjemmet. *Klinisk Sygepleje 30(02)*, s.87-100.

<https://openarchive.usn.no/usn-xmlui/bitstream/handle/11250/2457749/2015LandmarkAnsvarligPostprint.pdf?sequence=4&isAllowed=y>

Vigstad, S., Clancy, A. & Broderstad, A. R. (2018). Palliative pasienter får bedre lindring med tidlig symptomvurdering og tiltak. *Sykepleien*. DOI: [10.4220/Sykepleienf.2018.74591](https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2018.74591)

## Vedlegg 1: FN's erklæring om den døendes rettigheter

FN har utarbeidet en erklæring om den døendes rettigheter ("The Bill of Rights"). Disse rettighetene omhandler mange av de sentrale verdier i livets slutfase. Vurderingene og anbefalingene i denne utredningen er i stor grad basert på disse. Erklæringen gjengis i det følgende:

- Jeg har rett til å bli behandlet som et levende menneske til jeg dør
- Jeg har rett til å beholde håp selv om målet endrer seg
- Jeg har rett til å bli behandlet av slike som kan opprettholde et håp selv om målet for det endrer seg
- Jeg har rett til å gi uttrykk for mine tanker og følelser omkring min forestående død på min egen måte
- Jeg har rett til å delta i avgjørelser som gjelder behandling av meg
- Jeg har rett til å forvente kontinuerlig medisinsk behandling og omsorg selv om målet endrer seg fra helbredelse til lindring
- Jeg har rett til å slippe å dø alene
- Jeg har rett til smertelindring
- Jeg har rett til å få ærlige svar på mine spørsmål
- Jeg har rett til å få hjelp av og for min familie til å akseptere min død
- Jeg har rett til å få dø i fred og med verdighet
- Jeg har rett til å bevare min individualitet og ikke dømmes for mine valg selv om de går imot andres oppfatninger
- Jeg har rett til å drøfte og gi uttrykk for mine religiøse og/eller åndelige (eksistensielle) opplevelser uansett hva de måtte bety for andre
- Jeg har rett til å forvente at menneskekroppen blir behandlet med verdighet etter døden
- Jeg har rett til å bli behandlet av omsorgsfulle, medfølelse, kyndige mennesker som vil prøve å forstå mine behov og som vil oppleve det som givende å hjelpe med å møte min død.

(NOU 1999: 2, s.35).

## Vedlegg 2: Edmonton Symptom Assessment System (ESAS skjema)



## Edmonton Symptom Assessment System (ESAS)

Vennligst sett ring rundt det tallet som best beskriver hvordan du har det NÅ:

Ingen smerte	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Verst tenkelig smerte
Ingen slapphet (Slapphet=mangel på krefter)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Verst tenkelig slapphet
Ingen døsighet (Døsighet=å føle seg søvning)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Verst tenkelig døsighet
Ingen kvalme	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Verst tenkelig kvalme
Ikke nedsatt matlyst	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Verst tenkelig nedsatt matlyst
Ingen tung pust	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Verst tenkelig tung pust
Ingen depresjon (Depresjon=å føle seg nedstemt)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Verst tenkelig depresjon
Ingen angst (Angst=å føle seg urolig)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Verst tenkelig angst
Best tenkelig velvære (Velvære=hvordan du har det alt tatt i betraktning)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Verst tenkelig velvære
Ingen _____ Annet problem (f. eks. forstoppelse)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Verst tenkelig _____

Pasientens navn: \_\_\_\_\_

Dato: \_\_\_\_\_

Tidspunkt: \_\_\_\_\_

Fylt ut av (sett et kryss):

- Pasient
- Pårørende
- Helsepersonell
- Pasient med hjelp fra pårørende eller helsepersonell

Edmonton symptom assessment system, revidert versjon 2010 (ESAS-r)





# Høgskulen på Vestlandet

## Bacheloroppgave i sykepleie

SK152

### Predefinert informasjon

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

### Deltaker

<b>Kandidatnr.:</b>	154
---------------------	-----

### Informasjon fra deltaker

<b>Antall ord *:</b>	7516
----------------------	------

Kan eksamensbesvarelsen gjøres til gjenstand for utlån?:

Ja

Egenerklæring \*:

Ja

Jeg bekrefter innlevering til biblioteket \*:

Ja

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

Ja

Inneholder besvarelsen konfidensielt materiale?:

Nei

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

Ja

Jeg godkjenner avtalen om publisering av bacheloroppgaven min \*

Ja

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

Nei

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

Nei