



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGAVE

Er det trygt å dø hjemme?

Is it safe to die at home?

Kandidatnummer 260

Bachelor i sykepleie, SK 152

Høgskolen på Vestlandet

Campus Førde/Avdeling for helsefag

Innleveringsdato: 14.06.21

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

Sammendrag

Tittel: Er det trygt å dø hjemme?

Bakgrunn for valg av tema: Å være hjemme ved livets slutt, er for mange alvorlig syke og døende ønskelig. Politiske føringer og lovverk viser til at pasienter har selvbestemmelsesrett i forhold til hvor de ønsker at helsehjelpen ved livets slutt skal motas. Gjennom arbeidserfaring fra hjemmesykepleien opplever jeg at flere ikke får oppfylt ønske sitt, på grunnlag av at det ikke er tilrettelagt for et trygt tilbud. Jeg ønsker derfor å undersøke hvordan pasienten og deres pårørendes behov for trygghet kan imøtekommes i hjemmet.

Problemstilling: «Hvordan kan enn imøtekomme behovet for trygghet, for hjemmeboende i livets slutt fase, og deres pårørende»

Metode: I oppgaven er det benyttet litteraturstudie som metode. Fem forskningsartikler har fungert som empirisk materiale.

Funn/ Konklusjon: Gjennom analysen av empirisk materiale er det tre hovedfunn som gjenspeiler seg for å bidra til trygghet. Det tre hovedfaktorene er god kommunikasjon, organiserte tjenester og tilstrekkelig smertelindring. Vi ser at hjemmesykepleien har en sentral rolle i å skape tryggheten som trengs for at pasienten og pårørende skal oppleve hjemme tiden som trygg.

Nøkkelord: Livets slutfase, hjemmedød, trygghet, hjemmesykepleie

Abstract

Title: Is it safe to die at home?

Background: Being at home for seriously ill and dying patients is often desirable. Political guidelines and legislation shows that the dying patient has the right to self-determination in relation to where they want the healthcare to be received. Through work experience from home nursing, I experienced that more people do not often get their wish fulfilled on the basis that the offer is not arranged to make it safe. I would therefore like to investigate how the patient and their relatives can feel safe at home during their last phase of life.

Aim: «How to accommodate the need of security for dying persons who lives at home and their relatives»

Method: This is a literature study. Five research articles have been used as empirical material.

Results/ Conclusion Through the analysis of the empirical material there are three main findings. These are good communication, organization of services and adequate pain relief. We can see that the homecare nursing has a central role in creating the security need for the patient and relatives, to experience home time as safe

Keywords: The end of life, home death, safety, home care nursing

Innholdsfortegnelse

1.0 INNLEDNING	1
1.1 PROBLEMSTILLING MED AVGRENSNING.....	1
1.2 PERSONLIG BAKGRUNN FOR VALG AV TEMATIKK.....	2
1.3 BEGREPSAVKLARING.....	2
1.4 OPPGAVENS OPPBYGNING.....	2
2.0 TEORI	3
2.1 SAMFUNNSRAMMER RUNDT PASIENTER SOM ØNSKER Å DØ HJEMME.....	3
2.1.1 Døendes rettigheter.....	3
2.1.2 Politiske føringer.....	3
2.1.3 Hjemmesykepleie.....	3
2.3 HVORDAN KAN DET LEGGES TIL RETTE FOR ET TRYGT TILBUD I HJEMMET?.....	4
2.3.1 Organisering av tjenester.....	4
2.3.2 Pårørendes behov for trygghet.....	5
2.3.3 Livets slutt fase.....	5
2.3.4 Betydningen av god smertelindring.....	6
2.2 VIRGINIA AVENEL HENDERSON.....	6
2.2.1 Yrkesetiske retningslinjer for sykepleieren.....	7
3.0 LITTERATURSTUDIE SOM METODE	8
3.1 KONKRETISERING AV PROBLEMSTILLING FOR VIDERE SØK VED HJELP AV PICO-MODELLEN.....	8
3.2 GJENNOMFØRING AV SØK I DATABASENE.....	9
3.3 KILDEKRITIKK.....	10
4. RESULTAT	12
4.1 KOMMUNIKASJON.....	12
4.2 TVERRFAGLIG SAMARBEID.....	13
4.3 SMERTELINDRING.....	14
5. DRØFTING	15
5.1 ORGANISERTE TJENESTER KAN FREMME TRYGGHET.....	15
5.2 PÅRØRENDE HAR OGSÅ BEHOV SOM MÅ DEKKES.....	18
5.3 ØYEBLIKKENE BLIR DYREBARE.....	20
6. KONKLUSJON	22
7. LITTERATURLISTE	24
VEDLEGG I FN' S ERKLÆRING OM DEN DØENDES RETTIGHETER	27
VEDLEGG II- SØKEPROSESSEN	28
VEDLEGG III – ARTIKKELMATRISER	29

Tabell 1 PICO-Modell.....	14
---------------------------	----

1.0 Innledning

Befolkningen blir eldre, og behovet for lindrende behandling øker (Saltvedt & Wyller, 2016, s.262). Målet med all behandling, pleie og omsorg ved livets slutt er best mulig livskvalitet for pasienten og pårørende (Helsedirektoratet, 2019, s.19). Alvorlig syke og døende har ofte et ønske om hjemmetid eller hjemme død, det å få dø hjemme er for mange avgjørende for en god avslutning på livet (Flovik & Birkeland, 2018, s. 186). Likevel viser det seg at ønsket ofte ikke blir imøtekommet selv om dødsfallet er forventet (Brenne & Estenstad, 2016, s.161). Norske helsemyndigheters intensjoner legger vekt på medbestemmelse ved beslutninger om egen helse og sykdom, også ved livets slutt (Meld.St.24 (2019-2020, s.9). Etter at samhandlingsreformen ble innført i 2012, har hjemmesykepleien fått en ny og omfattende rolle. Reformen innebærer blant annet at hjemmesykepleien har ett større ansvar for å koordinere og gi lindrende behandling i pasientens hjem (Flovik & Birkeland, 2018, s.18-19).

1.1 Problemstilling med avgrensning

«Hvordan kan enn imøtekomme behovet for trygghet, for hjemmeboende i livets slutt fase og deres pårørende»

Oppgaven er avgrenset til voksne over 60 år, av begge kjønn og deres pårørende. Pasienten har kort forventet levetid (uker). Pasienten har ikke en bestemt diagnose. Jeg tar utgangspunkt i at pasienten har etablert kontakt med hjemmesykepleien fra før av, og bor sammen med noen. Pasienten har nylig gitt uttrykk for at han ønsker å være hjemmet ved livets slutt. Jeg vil videre ha hovedfokus på informasjon til pasienten og pårørende, organisering av tjenester, kommunikasjon og en plan for smertelindring. Ivaretagelsen av pårørende vil spille en sentral rolle i oppgaven, pårørende i oppgaven er over 18 år. Jeg velger å ikke ta hensyn til om pasienten har vært innlagt på sykehus eller annen institusjon før planleggingen starter. Jeg vil ha fokus på samarbeid med palliativt team i spesialisthelsetjenesten, selv om det er flere andre som også er relevante. Åndelige og ekstenielle spørsmål er svært viktig ved livets slutt, men jeg har valgt å fokusere på det tre hovedområde som ble analysert i det empiriske materiale. For å overholde etiske prinsipper og min taushetsplikt vil egne erfaringer fra praksis være anonymisert.

1.2 Personlig bakgrunn for valg av tematikk

Min personlige bakgrunn og motivasjon for å skrive om tematikken, pasienter og pårørendes behov for trygghet ved livets slutt i hjemmet, er basert på at jeg har jobbet med alvorlig syke og døende i praksis sammenheng og i privat arbeid. Jeg opplever dette arbeidet som meningsfullt og viktig. Det å oppfylle pasientens siste ønske, er etter min mening et av de viktigste arbeidsområdene for sykepleieren. Jeg har dessverre opplevd at flere blir innlagt på sykehus i den terminale fasen, på bakgrunn av at hjemmesykepleien ikke klarer å oppfylle pasienten og pårørendes behov for trygghet. Jeg ønsker derfor å undersøke hvordan jeg som sykepleier kan legge til rette for trygghet for pasienten og pårørende i hjemmet.

1.3 Begrepsavklaring

Terminal pasient, alvorlig syk eller døende vil bli benyttet om hverandre i oppgaven, med samme betydning. I oppgaven blir pasienten kallet for «han», selv om det er snakk om begge kjønn. Livets slutfase defineres som «Når det er overveiende sannsynlig at gjenværende levetid er betydelig begrenset, ofte definert som uker eller dager» (Norsk Palliativ Forening, 2021).

1.4 Oppgavens oppbygning

I det første kapittelet forteller jeg om hva oppgaven omhandler. I kapittel to presenteres relevant teori fra fag- og pensum litteratur, lovverk, reformer, Virginia Henderson sin teori om behov og sykepleie til døende og yrkesetiske retningslinjer for sykepleieren. I kapittel tre har jeg gjort rede for hvordan jeg har søkt etter og vurdert vitenskapelige artikler om trygghet for hjemmeboende døende pasienter ved livets slutt og deres pårørende, samt kildekritikk over innhentet informasjon fra litteratur. Kapittel fire omfatter resultatene fra analysen av fem vitenskapelige artikler. I Kapittel fem har jeg drøftet funnene i lys av samfunnets ramme betingelser, faglitteratur som omhandler døende i hjemmet, vitenskapelige artikler, sykepleieteoretikeren Virginia Henderson og yrkesetiske retningslinjer. Til slutt er det noen konkluderende betraktninger om hvordan sykepleieren kan imøtekomme behovet for trygghet for den døende og de pårørende i hjemmet.

2.0 Teori

2.1 Samfunnsrammer rundt pasienter som ønsker å dø hjemme

2.1.1 Døendes rettigheter

FN har laget en egen erklæring om den døendes rettigheter som er omtalt i NOU 1999:2.

Disse rettighetene omhandler essensielle verdier i livets slutt for at pasientens skal få opprettholde autonomi og empowerment. Rettighetene er konkretisert ved hjelp av femten punkter. I det siste punktet står det, «Jeg har rett til å bli behandlet av omsorgsfulle, medfølende, kyndige mennesker som virkelig prøver å forstå mine behov og som vil oppleve det givende å hjelpe meg med å møte min død» (NOU 1999:2, s. 35). Se vedlegg I for fullstendig oversikt.

I Pasient- og brukeretighetsloven er retten til selvbestemmelse forankret (Pasient og brukeretighetsloven, 1999, §3-1). Pasienten har rett til å medvirke i eget helsetilbud, og det skal sikres at informasjonen er god og forståelig. Pasienten får da grunnlag for å ta egne valg om behandling/ behandlingsforløp.

2.1.2 Politiske føringer

I mai 2020 ble stortingsmeldingen «Lindrende behandling og omsorg- Vi skal alle dø en dag. Men alle andre dager skal vi leve» (Meld. St. 24 (2019-2020) presentert. Reformen legger vekt på at mennesker som mottar lindrende behandling og omsorg skal bli hørt, forstått, inkludert og respektert. Den enkelte skal i større grad kunne velge hvor de ønsker å motta behandling og omsorg ved livets slutt, samt bestemme hvor de ønsker å dø, også om vedkommende ønsker å tilbringe livets slutt i hjemme (s.9). Forutsetningen er at det skal oppleves som trygt, både for den døende og de pårørende (s.39). Videre skal det legges vekt på bruk av frivillig innsats for avlastning av pårørende og økt bruk av forhåndssamtale for å styrke pasientens brukermedvirkning (s.9). (Meld. St.24 (2019-2020, s.9, 39).

2.1.3 Hjemmesykepleie

Hjemmesykepleie er en viktig del av dagens helsetjeneste, og stadig flere mottar helsehjelp i eget hjem. Et overordnet mål for hjemmetjenesten er at den enkelte skal kunne bo hjemme så lenge det er forsvarlig og ønskelig. Med forutsetning at det blir gitt nødvendig helsehjelp,

grunnleggende behov blir dekket, og det ikke er fare for å påføre skade eller unødvendig lidelse. Mottakeren har krav på å få muligheten til å ivareta sin egenomsorg, dette innebærer også rett til en verdig livsavslutning i eget hjem (Fjørtoft, 2016, s.17).

2.3 Hvordan kan det legges til rette for et trygt tilbud i hjemmet?

2.3.1 Organisering av tjenester

Om pasienten og pårørende har et felles ønske, om å være hjemme den siste tiden, er det relevant å starte planleggingen tidligst mulig. I planleggingsfasen er det viktig å kartlegge nettverk, ressurser og snakke om uforutsette problemer som kan oppstå (Brenne & Estenstad, s.166). Forhåndssamtale er et godt hjelpemiddel for å kartlegge pasientens behov og ønsker for livets slutt. Samtalen skal videre ta sikte på å avklare hva som skal skje om det oppstår uforutsette ting, eller om det er noen behandling pasienten ikke ønsker ved livets slutt for å sikre pasientens autonomi (Brenne & Estenstad, 2016, s.165-166).

Sykepleierne i hjemmetjenesten er ofte den yrkesgruppen som kommer nærmest pasienten og pårørende, i hjemmet (Birkeland & Flovik, 2018, s.191). For bedre kontinuitet og trygghet i helsehjelpen, bør det bli delegert en pasientansvarlig sykepleier eller koordinator (Brenne & Estenstad, 2016, s.168). Det vil videre være vesentlig å tilstrebe kontinuitet i hjemmesykepleien, slik at pasienten og de pårørende har minst mulig personer involvert, for å kunne skape tillit, trygghet og forutsigbarhet (Fjørtoft, 2016, s.187). For å skape trygghet må det være et avgrenset ressurspersoner som er tilgjengelig hele døgnet (Estenstad & Brenne, 2016, s.167). Sykepleieren må videre sette av tid, det er ett av det viktigste stikkordene i arbeidet med døende pasienter (Fjørtoft, 2016, s.82).

Fastlegene til pasienten er en viktig samarbeidspartner for hjemmesykepleieren, for å sikre at pasientene mottar nødvendig og god helsehjelp (Birkeland & Flovik, 2018, s.97). Videre bør det tilstrebes å etablere et tverrfaglig team, for å skape et helhetlig tilbud for pasienten (Birkeland & Flovik, s.191). Andre instanser som kan bidra i teamet er kreftkoordinator, sykehus avdelinger og palliativt team (Estenstad & Brenne, 2016, s.167). Palliativt team er en tverrfaglig gruppe med bred kompetanse innen lindrende behandling og palliasjon. Gruppen består blant annet av leger og sykepleiere (Norsk Palliativ forening, 2021).

Fastlegen er den medisinske ansvarlige, imens sykepleierne og det tverrfaglige teamet skal sørge for kvalitet, kontinuitet, og godt samarbeid (Estenstad & Brenne, 2016, s.166).

2.3.2 Pårørendes behov for trygghet

Alvorlig sykdom og død rammer ikke bare pasienten, men også de pårørende (Stensheim et al., 2016, s.274). Det blir derfor viktig å gi omsorg og utfylle behovet for trygghet på lik linje til de pårørende, som til pasienten (Fjørtoft, 2016, s.111). Det siste årene er pårørendeperspektivet blitt mer vektlagt. Helhetlig omsorg for pasienten innebærer at pårørende blir inkludert som en vesentlig aktør. Helsetjenestene ser de pårørende ut i fra minst tre perspektiv som er følgende, «Som betydningsfulle for pasienten og hans situasjon, som personer med egne behov og som samarbeidspartnere» (Fjørtoft, 2016, s.102).

Pårørende er en viktig ressurs som gjør det mulig for pasienten å være hjemme ved livets slutt (Stensheim et al., 2016, s.278). De pårørende representerer ofte trygghet og ivaretagelse for pasienten, og det er personer den døende har tillit til (Stensheim, 2016, s.274). Det blir derfor viktig å opprettholde deres funksjon som en trygghet. For at pårørende skal kunne stå i den vanskelige situasjonen, har de behov for avlastningsmuligheter. Frivillig innsats for pårørende av alvorlig syke er en viktig ressurs som er lite brukt i Norge (Estenstad & Brenne, 2016, s. 169).

2.3.3 Livets slutt fase

Å gi omsorg og lindring ved livets slutt som fremmer trygghet er en grunnleggende oppgave for sykepleieren. En forutsetning for å kunne gi lindrende behandling er å forstå at døden nærmer seg. Å dø er en irreversibel fysiologisk prosess. Når døden nærmer seg skjer det som regel en gradvis funksjonsforverring. Personen blir mer og mer sengeliggende, slutter å ta til seg mat og drikke og blir etter hvert mindre og mindre kontaktbar (Brenne & Estenstad, 2016, s.638).

Sykepleieren må være observante på tegn som viser til at livet går mot slutten. Ved å legge merke til vendepunkter i sykdomsforløpet, komplikasjoner, nye symptomer eller funksjonsforverringer.

For å kunne gi pasienten en fredfull og verdig død må slike endringer kartlegges, slik at pasienten og pårørende kan forberede seg på det som ventes (Brenne & Estenstad, 2016, s. 639). Hvordan pasienten og de pårørende blir møtt og lyttet til i denne fasen har betydning for deres opplevelse av trygghet (Brenne & Estenstad, 2016, s.638-639).

2.3.4 Betydningen av god smertelindring

Smerteproblematikk er et stort problem for pasienter ved livets slutt (Lorentsen & Grov, 2017). Det er sykepleierens oppgave å kartlegge pasientens behov for smertelindring, og sikre kontinuitet i lindringen (Brenne & Estenstad, 2016, s.643). Noen pasienter er mer engstelige for smertene enn selve døden (Lorentsen & Grov, 2017, s.426).

Kompetansesenteret i lindrende behandling har i samarbeid med Sunniva avdelingen for lindrende behandling laget et medikamentskrin for symptomlindring ved livets slutt fase. Skrinet inneholder Glykopyrron, Haloperidol, Midazolam og Morfin, det fire viktigste medikamentene ved livets slutt. Det er legen eller palliativt team som forskriver medikamentene i skrinet til pasienten. Sykepleieren skal ha kunnskap om virkningen, ordineringsen av medikamentene og sikre at de er tidlig tilgjengelig i pasientens hjem (Helse Bergen, 2020; Estenstad & Brenne, 2016, s.167).

2.2 Virginia Avenel Henderson

I oppgaven benytter jeg meg av den Amerikanske sykepleieteoretikeren, Virginia Avenel Henderson. Teorien er hentet fra kapittelet i boken «*Sykepleieboken 1*», skrevet av Jorunn Mathisen. Valget av hennes teori falt på bakgrunnen av hennes syn på menneskets grunnleggende behov og beskrivelsen over hva sykepleie er. I de grunnleggende behovene skriver ikke Henderson direkte at trygghet er et menneskelig behov, men hun skriver i et av punktene at menneske må kunne utrykke følelser, behov og frykt gjennom kommunikasjon med andre (Mathisen, 2015, s.128). Hun skriver videre i sine tekster at omsorg for døende er en sentral oppgave for sykepleieren, og at sykepleierens særegne funksjon er å hjelpe pasienten til en fredfull død (Mathisen, 2015, s.133). Jeg anser at trygghet er viktig for kommunikasjonen mellom pasienten og sykepleieren, og for å videre gi han en fredfull død.

Jeg vil derfor videre tolke at trygghet er et menneskelig behov, og med dette benytte to av behovene fra behovsteorien videre i oppgaven, trygghet og kommunikasjon. Videre ønsker jeg å belyse essensen av det materialet Mathisen har samlet inn av Henderson sine bøker, som omhandler døende for å videre benytte hennes teori i diskusjonskapittelet.

Sykepleieren skal være til hjelp der pasienten mangler styrke, kunnskap og vilje til å dekke sine grunnleggende behov, og samarbeide med legen i den lindrende behandlingen, samt utføre behandlingen legen rekvirer (Mathisen, 2015, s.133). Målet for sykepleien er å bevare den sykes hverdag mest mulig normal. En god sykepleier vil bestrebe og bli godt kjent med pasienten for å skjønne hvilke behov han har. For å kunne forstå et annet menneske må vi ha evne til å lytte, observere, og tolke det som ikke blir sagt med ord (Mathisen, 2015, s.135). En sykepleier som ønsker å forstå pasientens helhetlige situasjon, vil søke hjelp fra pasientens familie (Mathisen, 2015, s.136). Tverrprofesjonelt samarbeid er til fordel for pasienten, på bakgrunn av at sykepleie er et komplekst fag. En sykepleier som har lært å yte personsentrert sykepleie, og som har evnen til å se, lytte og kommunisere med pasienten, vil ha gode forutsetninger for å være pasientens talsperson i det tverrfaglige samarbeidet. Pasientens grunnleggende behov skal bli sett i fokus i samarbeidet, der hver og en skal bidra til at de blir utfylt (Mathisen, 2015, s.139). Henderson definerer en fredfull død ved å redusere smerte, ubehag og opplevelsen av ensomhet for den døende (Mathisen, 2015, s.133).

2.2.1 Yrkesetiske retningslinjer for sykepleieren

Yrkesetiske retningslinjer for sykepleieren innebærer flere relevante punkt innenfor arbeid med pasienter ved livets slutt, og har flere fellestrekk med Virginia Henderson sin teori om sykepleie til døende. Som sykepleier skal vi ivareta pasientens behov for omsorg, verdighet og trygghet, samt lindre lidelse og bidra til at pasientens stemme blir hørt. Videre skal vi bidra til at pasienten får en naturlig og verdig død, og sikre at pasienten ikke dør alene. Sykepleierens yrkesetiske retningslinjer innebærer også ivaretagelsen av pårørende, der det står at sykepleieren skal vise respekt og omtanke for de pårørende, og bidra til at pårørendes rett til informasjon blir ivaretatt (Norsk sykepleierforbund, 2019).

3.0 Litteraturstudie som metode

I dette kapitlet har jeg gjort rede for hvordan jeg har søkt etter- og vurdert vitenskapelige artikler som er relatert til sykepleie av hjemmeboende pasienter og deres pårørende i livets slutfase. Det vil også blir presentert kildekritikk.

Ifølge Thidemann (2015, s.76) er metode den systematiske fremgangsmåten som benyttes for å samle inn informasjon og kunnskap for å belyse en problemstilling. Bakgrunnen til metodevalg ble tatt på grunnlag av at jeg mener dette er den beste måten å belyse problemstillingen som er stilt. Litteraturstudie er ifølge Thidemann (2015) en studie som systematiserer kunnskap fra skriftlige kilder (s.79). Å systematisere kildene er å kritisk vurdere innhentet litteratur å lage en oversikt over resultatene som er innhentet. Hensikten er å gi leseren en forståelse av innhentet informasjon og kunnskapsgrunnlaget som er benyttet for å besvare problemstillingen (Thidemann, 2015, s. 79-81).

3.1 Konkretisering av problemstilling for videre søk ved hjelp av PICO-modellen

PICO-modellen er blitt benyttet som et hjelpemiddel for å konkretisere problemstillingen for videre søk i databaser. En PICO-modell brukes for å operasjonalisere problemstillingen, det vil si å gjøre den mer presis og søkbar. PICO står for «patient/problem», «intervention», «comparison» og «outcome» (Thidemann, 2015, s.86). Sammenligning av utfall også kalt «comparison» ble utelukket fra søket da jeg ut ifra problemstillingen ikke skal sammenligne ulike tiltak. For å finne engelske søkeord benyttet jeg oversetting og MeSH som står for «Medical Subject Heading» (Thidemann, 2015, s. 86). Her kommer et skjema som viser hvordan jeg konkretiserte problemstillingen min ved hjelp av PICO-modellen.

Tabell 1- PICO-MODELL

P (Patient)	I (Intervention)	C (Comparison)	O (outcome)
Palliative care	Community health care	No comparison	Safety
Terminal care/ill	Home health care		Challenges
End of life care	Home care nurse		
Home death	Home care		

3.2 Gjennomføring av søk i databasene

For å finne relevant litteratur har jeg gjort systematiske søk i databasene i bibliotekjeningen til Høgskolen på Vestlandet. Jeg valgte Academic Search Elite og kom videre til EBSCOhost, jeg la til databasene MEDLINE og CINAHL with full text. Videre benyttet jeg inklusjon og eksklusjonskriteriene som nevnt nedenfor punktvis. Arbeidet fra PICO-modellen ble overført, det ble prøvd ulike kombinasjoner med «AND» og «OR» mellom søkeordene, sammen med ulik bruk av søkeord. I noen av søkeordene ble det brukt trunkering. Det vil si at det ble sett «*» bak søkeordet, for å få flere treff. Jeg fant ut at dette gav for mange resultat som ikke passet søkeordene mine, så jeg valgte å ikke benytte meg av denne metoden.

Det ble brukt følgende inklusjons og eksklusjonskriterier;

Inklusjonskriterier:

- Artikler publisert mellom 2011 og 2021, på bakgrunn av at jeg ønsker ny og oppdatert kunnskap innenfor feltet.
- Pasientens alder 60+
- Begge kjønn
- Nordisk eller engelskspråklig forskning
- Kvalitativ og kvantitativ forskning
- Fagfellevurdert forskning.

Eksklusjonskriterier:

- Artikler eldre enn 2011. På bakgrunn av at jeg ønsker å finne oppdatert og «ny» kunnskap innenfor feltet.
- Alder som omhandlet personer under 60 år, på bakgrunn av at jeg ønsker å se på hvordan tilbudet er for de voksne og eldre.
- Artikler skrevet på annet språk en nordisk eller engelsk.

Artiklene som kom frem i søket ble gjennomgått ved å lete etter relevante titler. Dersom artikkelen hadde relevant tittel ut ifra søkeordene mine og passet problemstillingen, ble sammendraget/ abstract lest for å se om formålet med studien passet til min besvarelse av problemstillingen. Flere av artiklene som kom frem handlet om palliativ/ terminal omsorg på institusjon, og ble dermed ekskludert. Der det var mulig, avgrenset jeg til nordiske artikler, på bakgrunn av at jeg ønsker å se på den lindrende behandlingen i hjemmet fra et nordisk perspektiv. Det ble lest fulltekst på rundt tretti artikler, og til slutt satt jeg igjen med fem artikler som jeg har analysert. Se Vedlegg II for søkeprosess. En av artiklene fant jeg ved hjelp av systematisk søk i Google Scholar, med søkeordet «terminalfase i hjemmet».

3.3 Kildekritikk

Kildekritikk handler om å vurdere og å karakterisere litteraturen som er funnet. Ut ifra gyldighet, holdbarhet og relevans (Dalland, 2017, s.158). I oppgaven er det benyttet fem studier, med kvalitativ design som metode. Kvalitativ metode ønsker å fange opp meninger og opplevelser, som ikke kan tallfestes eller måles (Dalland, 2017, s.52). Bakgrunnen til at jeg har valgt fem artikler er for å få fylde i oppgaven, men samtidig ikke lage den rotete med flere siden alle skal diskuteres opp mot hverandre. Studiene som er benyttet er primærstudier. Thidemann (2015) skriver at en primær studie er en enkeltstudie som presenterer ny kunnskap (Thidemann, 2015, s.71).

Artiklene som er nyttet i oppgaven er vurdert opp mot sjekklister for kvalitative studier hentet fra *Kunnskapsbasert praksis* (Helsebiblioteket, 2016). De er videre oppbygd etter IMRaD- modellen, det vil si at den bygger på følgende struktur (*Introduction, Method, Results and Discussion*) (Thidemann, 2015, s.30-31). I oppgaven er det brukt primærkilder og sekundærkilder. Primærkilder er ifølge Dalland (2017) den opprinnelige kilden eller utgaven av en tekst, eller senere opptrykk av det samme. En sekundærkilde kan være en oversatt utgave av primærkilden. Pensum og fagstoff er ofte sekundærkilder. Det negative med sekundærkilder er at det opprinnelige perspektivet kan ha endret seg (Dalland, 2017, s.162).

I oppgaven har jeg hentet litteratur som omhandler Henderson, sin teori og meninger fra en sekundærkilde. Jeg hentet informasjon fra boken «*Sykepleieboken 1*», som er skrevet av en annen forfatter enn Virginia Henderson. Dette kan sees på som negativt, da primærkilde burde vært benyttet. Jeg har konferert med biblioteket til skolen, og det ble videre fortalt at det var fullt mulig å bruke en slik kilde selv om den ikke er skrevet av den opprinnelige forfatteren, men selvfølgelig med et kritisk blikk. Jeg tar høyde for at det kan være mistolkninger. Videre mener jeg at essensen av det Henderson skriver om sykepleie til døende er kommet godt frem.

Jeg vil nå presentere styrker og svakheter med artiklene som er benyttet i oppgaven. Positive sider; Databasene som er benyttet ble anbefalt av biblioteket på høyskolen for å være gode databaser, og ble på dette grunnlaget benyttet i oppgaven. Forskning som er nyttet i oppgaven er ikke eldre enn 10 år. På bakgrunn av at det skal være «ny» og oppdatert informasjon, siden det de siste ti årene har skjedd en rekke endringer i forhold til hjemmesykepleiens rolle, da tenker jeg på samhandlingsreformen. Fire av artiklene omhandler Norge, dette ser jeg på som positivt fordi jeg ønsker å se det nordiske perspektivet av problemstillingen. Andre land kan organisere tjenestene på en annerledes måte, og Norge er et land som har økt satsing på benyttelsen av hjemmesykepleie. Selv om jeg ønsket å benytte Norske artikler, valgte jeg og ta med en i fra Sverige. På bakgrunn av at jeg ikke kunne se noen merkbare forskjeller eller kontraster i forhold til hvordan resultatet av forskningen var kontra resultatene i de Norske artiklene. Fire artikler er fagfelleurdert og skrevet på engelsk, som fører til at de er internasjonale.

Negative sider; Fire av fem artikler er skrevet på engelsk, noe som kan føre til misforståelser i oversettelsen og feilbeskrivelser i oppgaven. En av artiklene er ikke fagfelleurdert (Sørhus et al., 2016) sin studie. Jeg valgte å ta den med allikevel på bakgrunn av at jeg mener innholdet er relevant og forfatterne av studien er kjente navn. Artikkelen er publisert i et kjent tidsskrift (idunn). Artiklene tar i liten del for seg hvordan pasienten opplevde situasjonen i hjemmet ved livets slutt. Men dette har en naturlig forklaring i og med at jeg har sett på livets slutt og terminal fase i hjemmet. Det blir på bakgrunn av dette vanskelig å finne forskning i denne fasen som benytter pasienten som informant. Allikevel gir artiklene et innblikk i hvordan pasientene opplevde situasjonen, fra pårørendes fortellinger.

4. Resultat

Dette kapittelet er en presentasjon av analyser av fem vitenskapelige artikler om hva som fremmer trygghet ved livets slutt i hjemmet for pasienten og pårørende. Utfyllende informasjon om artiklene, inkludert utvidet resultat, kan ses i Vedlegg III under artikkelmatrise.

4.1 Kommunikasjon

Alle studiene viser til viktigheten av god kommunikasjon om behovet for trygghet skal ivaretas. Det viser seg at det ofte er et udekket behov, som medfører det motsatte av trygghet for de involverte. Jeg vil videre vise til hva studiene sier om viktigheten av kommunikasjon, og hvilke opplevelser de har med kommunikasjon ut i fra analysene. Det vil bli presentert navn på forfatterne, samt metode og hensikt med studiene fortløpende.

Den fenomenologiske hermeneutiske, Svenske studien til Christina Karlsson og Ingela Berggren undersøkte sykepleierens egne opplevelser av viktige faktorer som bidro til god omsorg ved livets slutt i pasientens hjem. Studien viser til at pårørende har behov regelmessig informasjon, kontinuitet og tilgjengelig støtte, samtidig som de får lov til å delta i omsorgen på egne premisser (Karlsson & Berggren, 2011).

Studien til Anne Sæle Barlund, Beate Andre, Kari Sand og Anne-Tove Brenne, benytter halvstrukturerte dybdeintervjuer. Studien er Norsk, målet var å undersøke faktorer som bidro til trygghet for de pårørende når de ivaretok sine nærmeste i hjemmet ved livets slutt. Informantene i studien forteller at de hadde behov for å snakke og dele ansvaret rundt pasientens situasjon, utfordringer og bekymringer med noen. Videre i studien forteller noen av informantene at sykepleierne som kom for å hjelpe ikke satt av tid til samtale eller spurte hvordan pårørende hadde det. Pårørende hadde behov for bekreftelse over sitt omsorgsarbeid og videre hadde de gjerne spørsmål som de ønsket svar på. Pasienten spurte gjerne familien om spørsmål, som de ønsket at pårørende skulle ta opp med hjemmesykepleien (Barlund et al.,2021).

Ingunn Hunstad og Marit Foelsvik Svindseth sin studie bygges på intervju av pårørende som hadde hatt den døende hjemme ved livets slutt. Studien ønsket å utforske pårørendes syn på hva som bestemte kvaliteten på hjemmesykepleien som ble gitt. Studien viser til at helsepersonell må diskutere fordeler og utfordringer ved hjemmebasert terminal omsorg og i større grad anerkjenne pårørendes rolle og arbeid. Videre viser studien at pårørende hadde sett pris på om sykepleieren tok seg tid til samtale ved tilsyn, slik at familiens kompetanse og kunnskap kom frem (Hunstad & Svindseth, 2011).

Grete Skeie Sørhus, Bjørg Th. Landmark og Ellen Katrine Grov sin Norske intervju studie ønsker å se på pårørende opplevelse av pasientens plager, symptomer og hvordan pårørende opplevde omsorgsoppgaven når deres nærmeste ønsker å dø hjemme. Studien viser til at pårørende har behov for praktisk, informativ og emosjonell støtte for å kunne være hjemme ved livets slutt, det å følge en plan kan være et godt hjelpemiddel (Sørhus et al.,2016).

Britt Viola Danielsen, Anne Marit Sand, Jan Henrik Rosland og Oddvar Førland sin Norske kvalitative studie med fokus gruppe intervju, ønsker å se på erfaringer og utfordringer innenfor palliativ omsorg i hjemmet. Studien viser at optimal lindring i hjemmet avhenger av tett samarbeid og dialog mellom pasienten, pårørende, hjemmesykepleien og fastlegen. En god start for pasienten og pårørende med samarbeidsmøte i hjemmet kan videre fremme tillit og trygghet. Studien viser til viktigheten av at sykepleieren viser empati og lytter til pasienten og pårørende, slik at det føler seg sett og hørt. Dette er avgjørende for å kunne skape trygghet (Danielsen et al.,2018). Vi ser i resultatene fra analysen av forskningsartiklene, at det er viktig med god kommunikasjon og informasjon for å videre kunne skape en relasjon basert på trygghet og tillit. Jeg vil videre vise til viktigheten av god kommunikasjon i drøftingen.

4.2 Tverrfaglig samarbeid

Studiene belyser i ulik grad viktigheten av god samhandling mellom ulike tjenestenivå. Alle studiene skriver om viktigheten av godt samarbeid mellom hjemmesykepleien og fastlegen (Hunstad & Svindseth, 2011; Karlsson & Berggren, 2011; Barlund et al. 2021; Sørhus et al. 2016 & Danielsen et al., 2018).

Studien til Danielsen et al. (2018) viser til at optimal lindring i hjemmet avhenger av tett samarbeid mellom pasienten, pårørende, hjemmesykepleien og fastlegen (Danielsen et al.,2018). Tre av studiene viser til at hjemmebesøk av fastlegen kan fremme trygghet (Barlund et al., 2021; Hunstad & Svindseth,2011; Danielsen et al.,2018 & Karlsson & Berggren, 2011). Sørhus et al. (2016) sine informanter forteller om ulike opplevelser av fastlegens hjelp. Noen opplevde god hjelp fra fastlegen når han var involvert, mot andre som følte rollen hans som perifer (Sørhus et al., 2016). To av studiene viser til at godt samarbeid med palliativt team kan øke trygghetsfølelsen for de involverte (Barlund et al., 2021; Danielsen et al.,2018). Jeg vil videre vise viktigheten av tverrfaglig samarbeid i drøftingen.

4.3 Smertelindring

Alle studiene viser til viktigheten av god symptomlindring for å oppnå trygghet. Studien til Danielsen et al. (2018) viser til at en god plan for smertelindring med medikamenter lett tilgjengelig i hjemmet er viktig for tryggheten til sykepleieren, pasienten og pårørende. Det kan også bidra til å unngå innleggelse (Danielsen, et al.,2018). I studien til Hunstad & Svindseth (2011) forteller informantene at det var vanskelig å se den døende ha smerte, dette medførte av og til at pasienten ønsket innleggelse på sykehus, for at pårørende skulle slippe å se dem lide (Hunstad & Svindseth, 2011). Karlsson & Berggren (2011) sin studie viser til at tilstrekkelig symptomlindring er viktig for pasienten og pårørendes opplevelse av trygghet ved helsehjelpen som blir gitt. Det at pårørende fikk opplæring i å gi smertestillende medikament bidro til trygghet og privatliv (Karlsson & Berggren, 2011). I studien til Barlund et al. (2021) forteller informantene at pasienten og pårørende følte seg trygge når sykepleieren la merke til endringer som smerte, og at sykepleieren hadde kunnskap om å bedre situasjonen. De forteller videre at et moment som førte til utrygghet var å ikke vite hvor tid hjemmesykepleien kom om pasienten hadde behov for smertelindring (Barlund et al., 2021). En god og sikker plan viser seg å være viktig for tryggheten, jeg vil videre drøfte dette.

5. Drøfting

I dette kapitlet skal teori og empirisk materiale drøftes opp mot hverandre. For å til slutt kunne trekke noen konkluderende betraktninger om hvordan sykepleieren kan imøtekomme behovet for trygghet for den døende og de pårørende i hjemmet.

5.1 Organiserte tjenester kan fremme trygghet

I utgangspunktet er det opp til pasienten å selv bestemme hvor han ønske å tilbringe den siste tiden, dette kommer tydelig frem i reformer og lovverk som vist i teori delen. Dersom pasienten ikke får muligheten til å selv bestemme hvor han ønsker å dø er det et brudd på selvbestemmelsesretten, og autonomien til pasienten blir krenket (Karlsson & Berggren, 2011, s.382). På bakgrunn av dette kan en tro at livskvaliteten til pasienten kan bli redusert. Livskvalitet er et overordnede mål innenfor den lindrende behandlingen (Helsedirektoratet, 2019, s.18).

I de yrkesetiske retningslinjene for sykepleieren går det klart frem at sykepleieren skal bidra til en naturlig og verdig død, og at pasienten ikke skal dø alene (Norsk sykepleieforbund, 2019). Dette er også i lys av Henderson sin tankegang om en fredfull død, sykepleieren skal tilstrebe at pasienten ikke opplever ensomhet (Mathisen, 2015, s.133). Sykepleieren må på grunnlag av dette kartlegge pasientens nettverk og ressurser. I Hunstad & Svindseth (2011) sin studie går det frem at sykepleieren må gi god informasjon til pasienten og pårørende, når det gjelder fordeler, utfordringer og hvilke forventninger de kan ha i forhold til helsehjelp som blir gitt (Hunstad & Svindseth, 2011, s.398). Dette forstekes i studien til Karlsson & Berggren (2011), pårørende har behov for tilstrekkelige informasjon om muligheten til å være involvert i pleien på en meningsfull måte på egne premisser (Karlsson & Berggren, 2011, s.379). Samtalen kan gjerne finne sted i pasientens hjem, der det settes av god tid for informasjon og spørsmål (Danielsen, et al., 2018, s.1). Hjemmet symboliseres gjerne som en trygghet for pasienten og de pårørende, som påvirker deres mulighet til å få frem ønsker og behov. Et godt hjelpemiddel er å benytte en forhåndssamtale, der det også avklares om det er noen medisinsk behandling, pasienten ikke ønsker ved livets slutt (Brenne & Estenstad, 2016, s.165-166). Studien til Sørhus et al. (2016) viser til at det å følge en plan kan bidra til økt kontroll og trygghet (Sørhus et al., s.98).

Reformen Lindrende behandling og omsorg (Meld. St. 24 (2019-2020, s.9), har som målsetting at denne samtalen skal benyttes i større grad for å styrke pasientens brukermedvirkning.

Om pasienten og pårørendes preferanser tilsier at hjemmetid er ønskelig, er det viktig å starte planleggingen raskest mulig (Brenne & Estenstad, 2016, s.166). Sykepleierne i hjemmetjenesten er ofte den yrkesgruppen som kommer nærmest de berørte (Birkeland & Flovik, 2018, s.191). Brenne & Estenstad (2016) hevder at en pasientansvarlig sykepleier eller koordinator vil bedre kontinuiteten og tryggheten i helsehjelpen som blir gitt til den døende (Estenstad & Brenne, 2016, s. 168). Jeg har selv opplevd i praksis at det er gunstig og ha en pasientansvarlig sykepleier som fungerer som en koordinator. Vedkommende holder den «røde tråden» i situasjonen til pasienten og har hovedansvaret for oppfølging av pasienten og pårørendes behov. Henderson støtter opp mot at en sykepleier som har evne til å se, lytte og kommunisere med pasienten vil ha gode forutsetninger for dette arbeidet (Mathisen, 2015, s.139).

Det som kan være negative med å kun ha en pasientansvarlig er at vedkommende ikke er på jobb hele døgnet. Det bør derfor tilstrebes å ha kontinuitet i personellet som bidrar i helsehjelpen som blir gitt til pasienten, slik at pasienten og pårørende slipper og forholde seg til flere nye og forskjellige mennesker i den sårbare fasen, dette kan skape trygghet og forutsigbarhet (Fjørtoft, 2016, s.187). Jeg har selv erfart at det kan være positivt at hjemmesykepleien tilstreber å utarbeide et team med begrenset antall personer som er involvert i situasjonen til pasienten og pårørende, for å videre ha en hovedansvarlig koordinator. Dette forsterkes av funnene i Danielsen et al. (2018) sin forskning, der det belyses at en primærgruppe som har ansvar for kontinuiteten i pasientens situasjon vil kunne øke pasientsikkerheten (Danielsen et al., s.5). Studien til Sørhus et al. (2016) viser viktigheten av dette. Der det belyses at det i helgene ofte kom «forskjellige folk», som de ikke kjente til, dette førte til utrygghet både for pasienten og pårørende (Sørhus et al., 2016, s.94). Jeg har selv opplevd fra praksis i hjemmesykepleien, at helgene ofte er et problem. Det er mindre bemanning og fagpersonell, noe som kan gå ut over pasienten og pårørendes trygghet om de ønsker kjente ansikt. Det kan være vanskelig å unngå slike situasjoner på bakgrunn av turnus arbeid.

For å skape et helhetlig og trygt tilbud for pasienten og pårørende, er ikke hjelpen til hjemmesykepleien tilstrekkelig, det blir nødvendig og samarbeide på tvers av tjenestene (Birkeland & Flovik, s.191). Fastlegen til pasienten er en av hjemmesykepleiens viktigste samarbeidspartnere, for å sikre at pasienten mottar forsvarlig, nødvendig og trygg helsehjelp (Birkeland & Flovik, 2018, s.97). Noe som støttes av Henderson, en profesjonell sykepleier skal samarbeide med legen, i den lidende behandlingen (Mathisen, 2015, s.133). Ifølge Danielsen et al. (2018) bør samarbeidet mellom hjemmesykepleien og fastlegen etableres raskest mulig. Forskningen viser videre til at sykepleieren må være klare på sine forventninger over hva de ønsker at fastlegen skal bistå med. Engasjementet til fastlegen ved samarbeidsmøter i hjemmet sammen med hjemmesykepleien kan fremme tryggheten og kontinuiteten i helsehjelpen som blir gitt (Danielsen et al., 2018, s.4-8). I to av studiene viser det seg at sykepleieren, pasienten og de pårørende opplevde trygghet ved å ha det private nummeret til fastlegen tilgjengelig (Danielsen et al., 2018, s. 5; Barlund et al., 2021, s. 6). Jeg har selv erfart at det er gunstig for hjemmesykepleien, pasienten og pårørende når fastlegen stiller seg tilgjengelig for kontakt uten om arbeidstiden, slik at man slipper å benytte andre leger som ikke kjenner til pasientens situasjon, dette kan også bidra til å unngå innleggelse. I Sørhus et al. (2016) sin studie opplevde flere pårørende, fastlegens rolle som perifer (Sørhus et al., s.95). Jeg har selv ulike erfaringer med hvordan fastlegen ønsker å involvere seg i situasjonen til pasienten, det er ikke alle fastleger som ønsker å gi sitt private nummer. Sykepleieren må derfor å ha kjennskap til andre instanser som kan bistå.

Hjemmesykepleien og fastlegen er to viktige instanser, men det blir likevel nødvendig og samarbeide med flere yrkesgrupper som kreftkoordinator, palliativt team og sykehus avdelinger. Fastlegen skal være den medisinske ansvarlige, imens sykepleierne og det tverrfaglige teamet skal sørge for kvalitet, kontinuitet og godt samarbeid (Estenstad & Brenne, 2016, s.166). Henderson støtter opp mot tverrfaglig samarbeid, på bakgrunn av at sykepleie er et komplekst fag. Det vil på grunnlag av dette være verdifullt og samarbeide i et tverrfaglig team, der hver og en har pasientens behov i fokus (Mathisen, 2015, s.139).

Samarbeid med palliativt team viser seg å være viktig for opplevelsen av trygghet (Barlund et al., 2021, s.6.; Danielsen et al., 2018, s.7). På den andre siden kommer det frem at palliativt team ofte kommer for sent inn i bilde, pårørende kunne ønsket at de ble introdusert tidligere (Barlund et al., 2021, s. 6). Palliativt team hjelper ikke bare pasienten og de pårørende men også sykepleieren og fastlegen (Danielsen et al., 2018, s.5). Jeg har selv opplevd i praksis at palliativt team er til god hjelp, de har mye kunnskap innenfor lindrende behandling, alt i fra utsyr til medisiner. De kan også være til hjelp om enn ikke har muligheten til å kontakte fastlegen privat. Det kan derfor være en fordel å ha kontakt med denne tjenesten fra start, slik at en lett kan få hjelp når behovet tilsier det.

5.2 Pårørende har også behov som må dekkes

Pårørende blir i stor grad påvirket når en i familien blir alvorlig syk. Omsorg må derfor rettes mot å være familieorientert, det vil si at sykepleieren må så vel gi omsorg for de pårørende som til den alvorlig syke (Fjørtoft, 2016, s.111). Dette blir også understreket i de yrkesetiske retningslinjene for sykepleieren, der det står at sykepleieren skal vise respekt og omtanke for de pårørende, og bidra til at pårørendes rett til informasjon blir ivaretatt (Norsk sykepleierforbund, 2019).

For at pårørende skal kunne hjelpe den alvorlig syke på en god måte, har de behov for å bli møtt av en sykepleier som viser respekt, åpenhet, ærlighet, bekrefte og samarbeid (Karlsson & Berggren, 2011, s.382). Dette samsvarer med det Fjørtoft (2016) skriver, sykepleieren skal se de pårørende ut ifra minst tre perspektiv, «Som betydningsfulle for pasienten, som personer med egne behov og som samarbeidspartnere» (Fjørtoft, 2016, s.102). Det blir derfor nødvendig å kommunisere og lage en plan slik at pårørende føler seg ivaretatt og får opprettholde sin rolle som en trygghet for den alvorlig syke (Stensheim, 2016, s.274).

Hendersons behovsteori tar for seg viktigheten av kommunikasjon, det å kunne uttrykke følelser, behov og frykt er viktig for hver enkelt, for at trygghet kan skapes (Mathisen, 2015, s.128). Å ha noen å snakke med og dele ansvaret rundt pasientens situasjon, utfordringer og bekymringer er viktig for pårørendes trygghet (Barlund et al., 2021, s.4).

Sykepleieren må ta seg tid til samtale ved tilsyn, pårørende har ofte spørsmål og behov for bekreftelse og anerkjennelse for deres arbeid (Barlund et al. 2021, s. 5). Videre viser studien til Hunstad & Svindseth (2011) at pårørende savnet at sykepleieren spurte hvordan de hadde det og tok seg tid til å stille spørsmål. Noen følte at sykepleieren bare var innom for å gjøre den praktiske jobben, for så å reise igjen (Hunstad & Svindseth, 2011, s. 400). Dette samsvarer med funnene i Barlund et al. (2021) sin studie. Sykepleieren gjorde det hun skulle, for så å gå videre uten å ta seg tid til å snakke med pårørende (Barlund et al., s.5).

Dette motstrider Henderson sin teori om behov for kommunikasjon (Mathisen, 2015, s.128). Og det Fjørtoft (2016) skriver om at pårørende har et likeverdig behov for kommunikasjon og trygghet som pasienten (Fjørtoft, 2016, s.111). Jeg tenker at bakgrunnen til at sykepleierne opptrer slik kan ligge i at de føler at kompetansen ikke strekker til, tidspress eller stor arbeidsbelastning. «Tidspress» er et kjent fenomen i helsevesenet. Fjørtoft (2016) poengterer at «tid» er et av de viktigste stikkordene i arbeidet med pasienter i livets slutt fase (Fjørtoft, 2016, s.82). Jeg har selv gode erfaringer fra praksis ved at det blir sett inn ekstra ressurser for å kunne ivareta pasienten og pårørendes behov og for å videre vise tilgjengelighet og tid, slik at pasienten og pårørende føler seg sett og hørt.

Sørhus et al. (2016) sin studie viser til at pårørende har behov for avlastningsmulighet for å kunne stå i utfordringer over tid. Jeg har selv opplevd at det er positivt når hjemmesykepleien bidrar til avlastningsmuligheter for pårørende. Det at pårørende kan endre miljø, eller hvile seg er viktig for å kunne opprettholde sin rolle som trygghet for den døende (Sørhus et al., 2016, s.93). Ifølge reformen lindrende behandling og omsorg (St. Meld. 24 (2019-2020, s.9) skal pårørende få tilbud om avlastningsmuligheter, dette kan være ved hjelp av frivillige. Imidlertid viser det seg at hjelp fra frivillig innsats er lite benyttet i Norge (Estenstad & Brenne, 2016, s. 169). Jeg har selv opplevd at en familie fikk tilbud om avlastningsmuligheter fra frivillige, men ønsket ikke dette på bakgrunn av at det var ukjente personer. De ønsket å ha kjente ansikt i den sårbare tiden. Tidligere i oppgaven har jeg vist til viktigheten av tidlig innkobling av tjenester, for å etablere trygge rammer.

Når livet til pasienten går mot slutten, skjer det en rekke endringer, informasjon om selve dødsprosessen og tegn på at døden nærmer seg er viktig for pårørende. Det trenger denne informasjonen for å kunne være «forberedt» når endringene oppstår. Helsepersonell må informere om hvordan dødsprosessen arter seg, og hvilke situasjoner som kan forekomme. Desto mer pasienten og pårørende vet jo mer forutsigbar vil situasjonen være (Brenne & Estenstad, s. 166-167). Det kommer frem i Barlund et al. (2021) sin studie at mangelfull informasjon om hva som er forventet i den terminale fasen ble sett på som bekymringsfull og bidro til utrygghet. Alle endringene som skjer er skremmende, slik som at pasienten ikke lenger tar til seg mat og drikke. Videre forteller studien at måten pårørende mottok informasjon på ofte ble feil, flere fikk brosjyrer uten å bli forklart hva den inneholdt og informasjonen kom ofte for sent i forhold til forløpet av utviklingen i pasientens tilstand. Når hjemmesykepleien informerte muntlig om endringer og tok seg tid til å forklare bidro det til trygghet (Barlund et al., 2021, s.5-6). Dette støttes videre av Henderson, mennesket har et grunnleggende behov for kommunikasjon og trygghet (Mathisen, 2015, s.128).

5.3 Øyeblikkene blir dyrebare

I de yrkesetiske retningslinjene for sykepleieren vektlegges det at sykepleieren skal yte omsorgsfull hjelp og lindre lidelse, samt ivareta pasientens behov for helhetlig omsorg. Sykepleieren skal bidra til en fredfull og verdig død (Norsk sykepleierforbund, 2019). For at sykepleieren skal kunne legge til rette for en fredfull død, er det vesentlig å ha kunnskap om hvordan man kartlegger at livet går mot slutten, som sykepleier må enn ha evne til å observere og kartlegge vendepunkter i sykdomsforløpet (Brenne & Estenstad, 2016, s.638-639). Dette krever at sykepleieren er tilstede i øyeblikkene, bruker sin kompetanse og erfaring. Den alvorlig syke og døende har behov og rett på informasjon om at livet går mot slutten, og målet med behandlingen og pleien som blir gitt (Pasient og brukerretighetsloven, 1999, §3-1). Når døden nærmer seg skjer den er gradvis funksjonsendring, sykepleieren må kartlegge pasientens behov for søvn, ernæring og kontaktbarhet (Brenne & Estenstad, 2016, s. 638).

En fredfull død sikres ifølge Henderson, ved hjelp av å redusere smerte, ubehag og opplevelsen av ensomhet (Mathisen, 2015, s.133). Lorentsen & Grov (2017) skriver at den alvorlig syke ofte frykter smertene mer en døden (Lorentsen & Grov, 2017, s.426). Dette beviser betydningen av at pasienten har behov for informasjon og trygghet. Det er nødvendig å utarbeide en sikker plan for smertelindring for den alvorlig syke og ha smertelindrende medikament lett tilgjengelig. Medikamentskrinet med det fire viktigste medikamentene for livets slutt, bør raskt forskrives og være tilgjengelig i pasients hjem (Estenstad & Brenne, 2016, s. 167; Danielsen et al., 2018, s.5).

Studien til Karlsson & Berggren (2011) viser til at tilstrekkelig symptomlindring bidrar til trygghet (Karlsson & Berggren, 2011, s.378). I forskningen til Barlund et al. (2021) viser det seg at en av bekymringene til pasienten og pårørende var uforutsigbarheten om hjemmesykepleien kom raskt om pasienten hadde behov for smertelindring (Barlund et al., s.7). I Karlsson & Berggren (2011) sin studie fikk pårørende opplæring til å gi medisiner som smertestillende subkutant, slik at pasienten raskt kunne smerte lindres og familien opprettholdte sitt privatliv (Karlsson & Berggren, 2011, s. 379). Gjennom praksis erfaring har jeg gode erfaringer med å lære pårørende opp til å sette ferdigfylte, markerte sprøyter, utarbeidet av to sykepleiere, subkutant alene etter tilstrekkelig opplæring. Dette bidrar til at de kan ha et privatliv og at pasienten raskt blir smertelindret når det er behov. Det er fortsatt behov for kontinuerlig kontakt og informasjon slik at pasientens smertetilstand blir fulgt opp.

En av sykepleierens oppgave er å kartlegge smertemønster og nivå, det blir her nødvendig å benytte det kliniske blikket, og eventuelt kartleggingsverktøy. Forskningen til Hunstad & Svindseth (2011) viser til at pasienten av og til ønsket innleggelse på sykehus for at pårørende skulle slippe å se dem lide (Hunstad & Svindseth, 2011, s.400). Jeg har selv opplevd at pasienter ved livets slutt underrapporter smerte, det blir derfor nødvendig å benytte det kliniske blikket og observere pasientens situasjon, dette kan gjøres ved å følge med på hudfarge, varm/kald hud, høy puls eller non-verbal kommunikasjon som grimaser eller annet. Sykepleieren må videre holde en tett og god dialog med fastlegen som er den medisinske ansvarlige (Estenstad & Brenne, 2016, s. 166).

6. Konklusjon

Målet med oppgaven var å undersøke hvordan sykepleieren kunne imøtekomme behovet for trygghet for pasienten og pårørende i hjemmet ved livets slutt. Dette er en sårbar tid som en aldri får tilbake, øyeblikkene og tiden blir dyrebar.

Trygghet er vanskelig å definere, mennesker har ulike preferanser for hva som oppleves som trygt. For å kunne kartlegge trygghet må vi kommunisere med den det gjelder. Det blir nødvendig å etablere en relasjon tidlig i forløpet, basert på tillit mellom pasienten, pårørende og sykepleieren. Tidlig etablering av samarbeidsmøter i hjemmet i trygge omgivelser, kan bidra til en god start, der fokuset ligger på informasjon, kartlegging og forutsigbarhet. Det å benytte en forhåndssamtale kan bidra til åpenhet og avklaring av ønsker og preferanser for livets slutt. Pårørendes ressurser for omsorg og tilgjengelighet er en av nøklene for at pasienten kan være hjemme. Det blir derfor nødvendig og ha fokus på at de pårørende kan takle denne rollen, forskning og teori viser til at de har et stort behov for informasjon og trygghet, og at det ofte er et udekket behov. Det bør derfor være økt fokus på kontinuerlig og tilstrekkelig kommunikasjon og gjerne repetisjon etter hvert som pasientens liv går mot slutten.

Det er nødvendig for pasienten og de pårørende å ha tilgang på døgkontinuerlig hjelp. Det må videre etableres regelmessig og god kontakt for kontinuerlig oppfølging og trygghet. Det viser seg at pasienten og pårørende ofte er engstelige for smerteproblematikk, det bli nødvendig å utarbeide en plan og ha medikamenter lett tilgjengelig.

Det å utnevne en pasientansvarlig sykepleier som holder den «røde tråden» i pasienten og pårørendes situasjon, kan være verdifullt for kontinuitet og trygghet for de involverte. Videre bør det være et begrenset antall personell ifra hjemmesykepleien, et såkalt team som er involvert i pasienten og pårørende sin situasjon. Dette vil bidra til å øke pasientsikkerheten og tryggheten for de involverte. Samarbeid på tvers av tjenestene er nødvendig. Hjemmesykepleiens viktigste samarbeidspartner er fastlegen til pasienten, det viser seg at hjemmesykepleien må raskt etablere kontakt og være tydelig på hva det forventer av samarbeidet. Etablering av tidlig kontakt med palliativt team kan bidra til trygghet for pasienten, pårørende, sykepleieren og fastlegen.

Noen konkluderende betraktninger til overskriften, er det trygt å dø hjemme? Ja det er trygt å dø hjemme. Men som vist i forskning og teori er det fortsatt nødvendig å styrke tjenestene. Om områdene som nevnt ovenfor blir fulgt kan en ha gode muligheter for å skape den tryggheten som er nødvendig.

7. Litteraturliste

Barlund, A.-S, André, B, Sand, K, & Brenne, A.-T. (2021). A qualitative study of bereaved family caregivers: feeling of security, facilitators and barriers for rural home care and death for persons with advanced cancer. *BMC Palliative Care* (20).s.1-12

<http://doi.org/10.1186/s12904-020-00705-y>

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

Brenne, A. -T & Estenstad, B. (2016). Hjemmedød. I S. Kaasa & J. -H. Loge (Red.), *Palliasjon: Nordisk lærebok* (3.utg., s. 161-170). Gyldendal Akademisk

Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving*. 6 utgave. 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-bases-palliative-care- a qualitative study. *BMC Palliative Care* 17, (95) s.1-13.

<https://doi.org/10.1186/s12904-018-0350-0>

Fjørtoft, A. K. (2016). *Hjemmesykepleie Ansvar, utfordringer og muligheter* (3.utgave) Fagforlaget

Helse Bergen (2020, 18. Desember). *Medikamentskrin voksne*. <https://helse-bergen.no/kompetansesenter-i-lindrande-behandling/palliasjon-verktoy-for-helsepersonell/medikamentskrin-vaksne>

Helsebiblioteket. (2016.03.juni). Sjekklistor- Kvalitativ studie. Hentet fra <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistor>

Helsedirektoratet. (2019). *Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen* (Retningslinje IS-2800). Hentet fra

<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/palliasjon-i-kreftomsorgen-handlingsprogram>

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) s.398-404. <http://doi.org/10.12968/ijpn.2011.17.8.398>

Kaasa, S. (2016). Smertebehandling- generelle prinsipper. I S. Kassa & J.-H. Loge (Red.). *Palliasjon: Nordisk lærebok*. (3.utg., s.402-409). Gyldendal Akademisk

Karlsson, C & Berggren, I. (2011). Dignified end-of-life care in the patients' own homes. *Nursing Ethics*, 18(3), s. 374-385. <http://doi.org/10.1177/0969733011398100>

Lorentsen, V. B & Grov, E. -K. (2016). Generell sykepleie ved kreftsykdommer. I D. -G. Stubberud, R. Grønseth & H. Almås (Red.). *Klinisk sykepleie 2*. (5.utg., s.397-430). Gyldendal Akademisk.

Mathisen, J. (2015) Hva er sykepleie? I E. K. Grov & I. M Holter (Red.). *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie: Sykepleieboken 1*. (5.utg., s. 119-140). Gyldendal Akademisk.

Meld. St. 24 (2019-2020). Lindrende behandling og omsorg- Vi skal alle dø en dag. Men alle andre dager skal vi leve. Helse- og omsorgsdepartementet.

<https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Publikasjoner/Innstillinger/Stortinget/2020-2021/inns->

Norsk Palliativ Forening. (2021). *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 syke og døende.*

Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-1999-2/id141460/sec1>

Pasient- og brukerretighetsloven. (1999), *Lov om pasient og brukerrettigheter* (LOV-2020-12-04-134). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63/§1-3>

Saltvedt, I & Wyller. B. T. (2016). Palliativ behandling av gamle. I S. Kaasa & J.-H. Loge (Red.). *Palliasjon: Nordisk lærebok*. (3.utg., s.262-263). Gyldendal Akademiske

Stensheim, H., Hjermstad, M., Loge, J.-H. (2016). Ivaretagelsen av pårørende. I S. Kaasa & J. - H. Loge (Red.). *Palliasjon: Nordisk lærebok*. (3.utg., s. 274-286). Gyldendal Akademisk

St.meld. nr. 47(2008-2009). Samhandlingsreformen- *Rett behandling- på rett sted- til rett tid.* Regjeringen.<https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>

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. <http://doi.org/10.18261/issn.1903-2285-2016-02-03>

Thidemann, I.-J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. Oslo: Universitetsforlaget.

Vedlegg I FN' s erklæring om den døendes rettigheter

FN har utarbeidet en erklæring om den døendes rettigheter («The Bill og Rights»). Disse rettighetene omhandler mange av de sentrale verdiene ved livets slutt. 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 et håp selv om målet for det endrer seg
- Jeg har rett til å bli behandlet av slike som kan opprettholde et håp selv om målet har endret 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 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 meg å møte min død.

(NOU 1999:2, s.35)

Vedlegg II- Søkeprosessen

Databaser som er benyttet: Academic Search Elite + MEDLINE +CINAHL
Søkeprosessen har foregått fra: 14.04-05.05.21
Ekksklusjon og inklusjons-kriterier som vist i kapittel 3, s.10 er benyttet

Søk nummer	Søkeord og ordkombinasjoner	Antall treff	Leste abstract	Leste artikler	Artikler inkludert
S1	Palliative care or end of life care OR Palliative home care	385 436			
S2	Home death OR dying at home	9557			
S3	Safety OR Challenges	1742 400			
S4	S1 AND S2 AND S3	29	5	2	1 -Artikkelmatrise 2
S1	Palliative care OR end of life care OR Palliative home care OR home death	207 021			
S2	Home care OR Community health care OR Home health care OR Home care nurse	282 936			
S3	Safety OR Challenges	3 345 990			
S4	S1 And S2 And S3	1562	20	6	3 Artikkelmatrise 1,3 og 4

Vedlegg III – Artikkelmatriser

Artikkelmatrise 1

Forfatter, år	Barlund et al.,2021
Tittel	A qualitative study of bereaved family caregivers: feeling of security, facilitators and barriers for rural home care and death for persons with advanced cancer.
Tidsskrift og land	BMC palliative care, Norsk- studie
Hensikt	Undersøke faktorer som bestemte utfallet av trygghet for pårørende som ivaretok sine nærmeste i livets slutfase i hjemmet og hvilke faktorer som lettet hjemmedøden.
Metode og utvalg	Kvalitativ metode ble benyttet, med halvstrukturerte dybdeintervju. Informantene var 9 etterlatte familiemedlemmer med erfaring innenfor å ivareta døende kreftsyke ved livets slutt i hjemmet. Fem av dem hadde bodd sammen med den avdøde.
Resultat/Konklusjon	<p>Det kom frem tre hovedkategorier av faktorer som bidro til trygghet</p> <p>Mangel på disse faktorene førte til usikkerhet.</p> <p>1.Åpenhet og realitet over gjenværende levetid og informasjon om at døden nærmet seg, ble sett som vanskelige tema, men viktig for familien. Ved å snakke om disse ønskene kunne informantene bli kjent med pasienten preferanser.</p> <p>2. Behovet for kvalifisert og hjelpsomme helsepersonell ble ofte sagt å bidra til følelsen av trygghet. Tydelig rollefordeling og ansvar innenfor det tverrfaglige teamet er viktig. Palliativt team, fastlegen og kreftkoordinator var viktige samarbeidspartnere.</p> <p>Det at hjemmesykepleien så pårørende var viktig, de hadde ofte mange spørsmål og trengte bekreftelse på at det de gjorde var rett. Informantene opplevde at det var mye ansvar å ta seg av den syke pasienten i hjemme.</p>

	<p>3. God organisering av palliative tjenester i hjemmesykepleien er viktig for omsorgspersonene for å føle seg trygge til å utføre palliativ behandling hjemme. Samarbeidet mellom hjemmesykepleien og sykehuset var viktig. Samarbeid med NAV blir sett på som utfordrende.</p> <p>Omsorgspersonene var avhengige av tilgang til helsetjenester døgnet rundt for å ivareta den alvorlig syke i hjemme. Godt samarbeid mellom fastlege og hjemmesykepleie var essensielt. Tverrfaglig team, med sykepleier, fastlege og palliativt team var viktig for pårørendes opplevelse av trygghet.</p>
--	--

Artikkelmatrise 2

Forfatter, år	Karlsson & Berggren (2011)
Tittel	Dignified end-of-life care in the patients` own homes
Tidsskrift og land	Nursing ethics, Svensk studie
Hensikt	Belyse sykepleierens sine egne opplevelser av viktige faktorer som bidro til god omsorg i slutten av livet i pasientens eget hjem.
Metode og utvalg	Kvalitativt intervju studie med fenomenologisk hermeneutikk analyse er benyttet. Deltakerne bestod av 10 erfarne sykepleiere innenfor palliativ omsorg fra fem ulike kommuner i Vest-Sverige

Resultat/ Konklusjon.	<p>Å bevare pasientens verdighet er en grunnleggende faktor ved livets slutt. Pasienten sin verdighet kan sikres ved å bevare trygghet, autonomi og integritet. Om disse tre er tilstede kan pasienten og pårørende få en god avslutning på livet i eget hjem. Sykepleieren må ha nødvendig kompetanse, og være trygg på sitt eget syn på døden for å kunne møte pasienten i vanskelige øyeblikk</p> <p>Trygghet: Det å ikke være alene, men omgitt av selvsikre familiemedlemmer som ønsker å være sammen med den døende fremmet trygghet. For at pårørende kunne opptre slik hadde de behov for regelmessig informasjon, kontinuitet og tilgjengelig hjelp og støtte. De må få delta i omsorgen, etter eget tempo og vilje. Sykepleiere som viste mot og engasjement for pasienten og pårørende fremmet trygghet. Familien og pasienten stolte på sykepleieren når det ble vist kunnskap og vilje for pasienten og pårørendes ønsker. Godt samarbeid med fastlegen, og hjemmebesøk av legen bidro til trygghet. Tilgjengelige resepter og medikament i hjemmet for symptomlindring, er eksempel på hvordan tryggheten kan ivaretas.</p> <p>Autonomi: Det at sykepleierne strekker seg langt for å innfri pasientens ønsker, bidrar også til å ivareta autonomien. For eksempel ved å gi blodoverføring eller utføre komplekse prosedyrer i hjemmet slik at pasienten slipper å dra til institusjon. Men får oppfylt ønske sitt om hjemmetid ved livets slutt. Det at pårørende får opplæring i å gi medisiner subkutant eller utføre prosedyrer selv, bidrar til å bevare autonomi og privatliv.</p>
-----------------------	--

	<p>Integritet: Studien viser til at pårørende har behov for å vise sin integritet, det var viktig for de og bli behandlet med respekt for å kunne føle seg trygge. Det at hjemmesykepleien innfridde pasienten og pårørendes ønsker om når de ønsket tilsyn og hjelp var viktig, slik at det ble gitt omsorg på egne premisser og autonomien ble ivaretatt.</p> <p>God omsorg ved livets slutt forutsetter at helsepersonell bidrar til trygghet, integritet og ivaretagelse av autonomien til pasienten og pårørende. Når pasientens grunnleggende behov ble ivaretatt og respektert, ble verdigheten bevart og døden i hjemme ble sett på som verdig.</p>
--	---

Artikkelmatrise 3

Forfatter, år	Danielsen et al., (2018)
Tittel	Experiences and challenges of home care nurses and general practitioners in home- based palliative care- a qualitative study
Tidsskrift	BMC palliative care, Norsk artikkel
Hensikt	Forfatterne ønsket å belyse erfaringer og utfordringer innenfor palliasjon i hjemmet. Bakgrunnen for studien er at Norge har det laveste dødstallet for hjemmedød i Europa.
Metode og utvalg	Kvalitativt forskningsdesign med fire fokusgrupper med tilsammen 19 deltakere. Deltakerne i studien er sykepleiere og fastleger.
Resultat	Studien viser at optimal lindring i hjemmet avhenger av tett samarbeid og dialog mellom pasienten, pårørende, hjemmesykepleien og fastlegen. Om pasienten kommer fra

	<p>sykehuset til hjemmet for å avslutte livet, må det etableres kontakt før utskrivelse for å sikre tilstrekkelig informasjon og utstyr. Dette er viktig for å opprettholde smertekontroll, komfort og kvalitet på pleien. En god start med samarbeidsmøter i hjemmet kan bidra til en god start som videre fører til et godt resultat. Fastlegens deltakelse på samarbeidsmøter i hjemmet sammen med familien kan øke tryggheten. Det at fastlegen gir sitt private nummer til hjemmesykepleien, pasienten og pårørende, bidro til trygghet. Det bør videre etableres samarbeid og kompetanse i primærhelsetjenesten, der det blir delt kompetanse og erfaringer. Samarbeid med palliativt team øker trygghet for pasienten, pårørende, sykepleieren og fastlegen.</p> <p>Sykepleieren må videre ha fokus på etablering av trygghet og tillit med pasienten og pårørende. Det at det etableres en primærgruppe som tar ansvar for kontinuitet og oppfølging kan øke pasientsikkerheten. Sykepleieren må videre være klare og tydelige på hva de forventer av fastlegen, og holde en tett dialog.</p>
--	---

Artikkelmatrise 4.

Forfatter, år	Hunstad & Svindset (2011)
Tittel	Challenges in home-based palliative care in Norway: a qualitative study of spouses' experiences
Tidsskrift	International journal of palliative nursing- Norsk artikkel
Hensikt	Utforske pårørendes syn på hva som bestemmer kvaliteten på hjemmesykepleien som blir gitt ved livets slutt.
Metode og utvalg	Kvalitativ metode med intervju er benyttet. Informantene var syv ektefeller av mennesker som døde etter å ha fått hjemmebasert palliativ behandling i tre forskjellige kommuner i Norge.
Resultat/Konklusjon	Ingen av deltakerne hadde planlagt å gi eller motta palliativ behandling i hjemmet. De angret imidlertid ikke på at hjemme hadde vært stedet for omsorg for den døende. Faktorer som anses som viktige for å oppnå best mulig hjemmebasert palliativ behandling var døgntilgjengelig hjelp, helhetlig omsorg og bekreftelse av betydning av hva rolle pårørende skulle ha. Sykepleieren bør tidlig ta opp temaet om fordeler og utfordringer ved hjemmedød. Det må informeres om hvilken rolle pårørende har i dette arbeidet. For å nå disse målene kan det være nyttig og smart å benytte seg av en behandlingsplan. Det var ulike oppfatninger over hvordan informantene hadde opplevd hjelpen fra hjemmesykepleien. Noen var veldig fornøyde og så på hjemmesykepleien som familiemedlemmer, imens andre følte at hjemmesykepleien ikke hadde nok kompetanse og erfaring til å kunne ivareta pasienten og pårørendes grunnleggende behov for trygghet. Pårørende savnet mer en praktisk hjelp, de ville ha sett pris på om sykepleieren tok seg til å snakke og lytte til de slik at de fikk videreføre sin kunnskap og kompetanse til helsepersonellet.

	<p>Pårørende har behov for å bli sett på som en viktig omsorgsperson. Pårørende synes det var vanskelig/vondt å se når pasienten hadde smerte som ikke kunne kontrolleres, kvalme eller tretthet. Noen pasienter ønsket innleggelse slik at pårørende skulle slippe å se de lide. Pårørende kunne ønsket at sykepleierne var med oppmerksomme på endringer i både pasientens fysiologisk og psykologiske tilstand.</p>
--	--

Artikkelmatrise 5

Forfatter, år	Sørhus et al., (2016)
Tittel	Ansvarlig og avhengig- Pårørendes erfaringer med forestående død i hjemmet.
Tidsskrift	Klinisk sygepleje idunn- Norsk artikkel
Hensikt	Hvordan beskriver pårørende sine opplevelser av pasientens plager og symptomer? Hvordan opplever pårørende sine omsorgsoppgaver når deres nærmeste ønsker å dø hjemme?
Metode & Utvalg	Kvalitativt, beskrivende forskningsdesign er benyttet. Utvalget består av syv pårørende.
Resultat/Konklusjon	<p>Det ble gjort fire hovedfunn i studien, over pårørende opplevelse av å ha det døende hjemmet.</p> <p>Pårørende beskriver sin opplevelse av tiden som verdifull, i og med at de fikk være sammen som en familie og innfri pasientens ønske om hjemmetid. Men det var også redde for å ikke strekke til. De har mange oppgaver de skal ivareta, og er konstant trette og har behov for avlastning. De opplever ikke alltid å bli sett av helsepersonell, spesielt fastlegene. Praktisk, informativ og emosjonell støtte til pårørende er en forutsetning for hjemmetid. Det er vesentlig å følge en plan for behandling, pleie og omsorg. Dette kan gi pårørende opplevelse av en begripelig og håndterbar situasjon.</p>



Høgskulen på Vestlandet

Bacheloroppgave i sykepleie

SK152

Predefinert informasjon

Startdato:	10-06-2021 12:30	Termin:	2021 VÅR
Slutt dato:	14-06-2021 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Bacheloroppgave i sykepleie		
Flowkode:	203 SK152 1 O 2021 VÅR		
Intern sensor:	Danuta Teresa Zablotna		

Deltaker

Kandidatnr.:	260
---------------------	-----

Informasjon fra deltaker

Antall ord *:	7668
----------------------	------

Egenerklæring *: Ja

Inneholder besvarelsen
konfidensielt
materiale? Nei

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

Jeg godkjenner autalen om publisering av bacheloroppgaven min *

Ja

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

Nei

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

Nei