

BACHELOROPPGÅVE

”En verdig slutt!”

Korleis kan sjukepleiar bidra til livskvalitet hos kreftsjuke sjukeheimspasientar i palliativ fase

Av
Kandidatnummer: 12
Namn: Elise Sandvik

”A worthy ending!”

Bachelor i sjukepleie

SK 152

Mai 2015

Antal ord: 6854

Rettleiar: Mona Hamnes Christensen

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

Eg gir med dette Høgskulen i Sogn og Fjordane løyve til å publisere oppgåva (Skriv inn tittel) i Brage dersom karakteren A eller B er oppnådd.

Eg garanterer at eg har opphav til oppgåva, saman med eventuelle medforfattarar. Opphavsrettsleg beskytta materiale er nytta med skriftleg løyve.

Eg garanterer at oppgåva ikkje inneheld materiale som kan stride mot gjeldande norsk rett.

Ved gruppeinnlevering må alle i gruppa samtykke i avtalen.

Fyll inn kandidatnummer og namn og set kryss:

Kandidatnummer: 12

Namn: Elise Sandvik

JA NEI

Samandrag

Tittel:

"En verdig slutt!"

Bakgrunn for val av tema:

Mi erfaring er frå sjukeheim, og eg har sett mange pasientar tilbringer den siste tida av livet der. I denne oppgåva ønskjer eg å ha fokus på livskvaliteten til pasienten i den palliative fasen. Eg ønskjer å lære meir om korleis eg kan bli kjent med pasienten og danne relasjonar til han. Eg vil også med denne oppgåva styrke min eigen kompetanse, slik at eg på ein lettare måte kan tilnærme meg følelsesmessige utfordringar i møte med den sjuke.

Problemstilling:

Korleis kan sjukepleiar bidra til livskvalitet hos kreftsjuke sjukeheimspasientar i palliativ fase?

Framgangsmåte:

Framgangsmåten eg har nytta er database søk i blant anna Academic Search Premier, der eg har funne forskingsartiklar som er med på å belyse mi problemstilling. Eg har også nytta pensumlitteratur og anna sjølvvalt litteratur som er relevant for mitt tema.

Oppsummering av funn:

For å bidra til livskvalitet i den palliative fasen, viser funna mine at kompetanse innan kommunikasjon og symptomlindring er grunnleggande hos sjukepleiaren. Dette er funn eg har frå relevant litteratur og forskning, samt egne erfaringar og refleksjonar. Eit holistisk menneskesyn er sentralt for å danne gode relasjonar til pasienten. Sjukepleiaren må også ha kunnskap om korleis ho kan ivareta både pasienten og dei pårørande. Sjukepleiaren har ein pedagogisk funksjon, og gir informasjon til dei pårørande, noko som også er med å danne gode relasjonar til dei.

Innhald

1	Innleiing	1
1.1	Bakgrunn for val av tema	1
1.2	Problemstilling med avgrensing	1
1.3	Oppbygging av oppgåva	2
2	Metode	2
2.1	Søkeprosessen etter relevant litteratur	2
2.2	Søkeprosessen etter relevant forskning.....	3
2.3	Kjeldekritikk.....	4
3	Teoridel.....	4
3.1	Nasjonale føringar	5
3.2	Livskvalitet	5
3.3	Smerte og systematisk symptomregistrering.....	5
3.4	Palliativ fase og palliasjon ved kreft	6
3.5	Kommunikasjon og relasjon	7
3.6	Informasjon til pårørande	8
3.7	Etikk.....	8
3.8	Presentasjon av forskning	9
4	Drøfting:	10
4.1	Den gode relasjonen.....	10
4.1.1	Kontinuitet til pårørande.....	12
4.1.2	Kompetanse – meir enn ein autorisasjon.....	12
4.2	”Kven er eg?” – å sjå pasienten som ein heilskap	13
4.3	Direkte sjukepleiartiltaka i palliativ fase	14
4.3.1	Medikamentelle tiltak	15
5	Konklusjon	16
6	Litteraturliste.....	16

1 Innleiing

I 2013 vart 30 401 nordmenn diagnostisert med kreft. Blant desse var 54,2 % menn og 45,8 % kvinner. Omlag 10 699 av desse døyde av sjukdommen (Kreftregisteret, 2015). Om lag alle kreftpasientar har behov for kvalifisert behandling for lindring av smerter og symptom dei siste levemånadane. Grunna ein vaksande og stadig eldre befolkning, aukar antal kreftpasientar i vårt land. Moderne kreftbehandlingsmetodar fører til at fleire kreftramma lever lenger med sin sjukdom. Dette medfører at fleire pasientar vil trenge palliativ behandling, pleie og omsorg. Mange kreftpasientar har ofte eit komplekst sjukdomsbilete, noko som ofte vil føre til at behandlinga og omsorga blir meir komplisert. Palliative eininga på sjukehus består i dag av ca. 95 % kreftpasientar. Også i primærhelsetenesta dominerer denne gruppa blant dei palliative pasientane. I realiteten kan prosessen om den palliative fasen starte når pasienten og hans pårørande kan erkjenne at sjukdommen ikkje lenger kan lækjast, og avsluttast når pasienten døyr. Palliasjon inkluderar også sorgarbeid og oppfølging av dei etterlatne (Helsedirektoratet, 2015).

1.1 Bakgrunn for val av tema

Kreft har alltid vore noko som fenga mi interesse. Det gjer meg redd, men samtidig vil eg kunne bidra til at personar med kreft skal få ein verdig livskvalitet. Eg har jobba på sjukeheim i fleire år, blant anna på korttidsavdeling der mange tilbringer den siste tida av livet. I denne oppgåva ønskjer eg å ha fokus på livskvaliteten pasienten har den siste tida, og gjerne lære mykje om korleis eg kan byggje opp mitt eige handlingsmønster i møte med den sjuke. Eg ønskjer å få vite meir om korleis eg kan bli kjent med pasienten og byggje relasjonar til han. Pasienten beskriver pasient – sjukepleiar – relasjon som ein tillitsrelasjon der sjukepleiaren betraktast som ein del av familien (Lorentsen & Grov, 2011, s. 431). Eg vil også forsøke å styrke min eigen kompetanse slik at eg på ein lettare måte kan tilnærme meg følelsemessige utfordringar i møte med den sjuke. Det er mogleg for alle å oppnå ein god død, og målet er at både pasientar, pårørande og helsepersonell skal ha tillitt til at dei får god omsorg ved livets slutt (Kirkevold, 2010, s. 448).

1.2 Problemstilling med avgrensing

Korleis kan sjukepleiar bidra til livskvalitet hos kreftsjuke sjukeheimspasientar i palliativ fase?

Først ville eg skrive om smertelindring i palliativ fase, men valte å avgrense oppgåva mi til livskvalitet hos kreftsjuke i ein palliativ fase, og korleis sjukepleiar kan bidra til dette. Med å bidra, meiner eg å tilrettelegge og sjå omsorgsbehovet deira og sette i verk aktuelle tiltak. Eg har valt å ha hovudvekt på pasienten, men tek også for meg pårørande då dei spelar ei stor rolle for pasientens livskvalitet i den palliative fasen. Eg har også valt å legge vekt på det generelle ved palliativ behandling. Sidan det er

eldre mennesker eg har mest erfaring med får tidlegare, har eg valt å knytte problemstillinga mi til sjukeheimspasientar. Då vil eg ta for meg personar som er 80 år og eldre. Kirkevold (2010, s. 30) hevdar at av dei som mottar pleie- og omsorgstenester, bur ca. 40 000 i sjukeheim med ein gjennomsnittsalder på 84 år, det vil sei ca. 20 % av alle innbyggjarar over 80 år

1.3 Oppbygging av oppgåva

Oppgåva mi er delt inn i fem ulike kapittel: innleiing, metode, teori, drøfting og konklusjon. Det første kapittelet som er innleiing inneheld val av tema, problemstilling og avgrensing. I neste kapittel vil eg presentere metoden og framgangsmåten eg har nytta for innhenting av kunnskap saman med litteratursøk og databasar eg har nytta. Vidare kjem teoridelen der eg har nytta relevant litteratur og forskning for å best mogleg kunne svare på problemstillinga mi seinare i drøftingsdelen. I

teorikapittelet tek eg for meg nasjonale føringar, livskvalitet, smerte og systematisk symptomregistrering, palliativfase og palliasjon ved kreft, informasjon til pårørande, kommunikasjon og relasjon, etikk saman med yrkesetiske retningslinjer og presentasjon av forskning. Forskinga eg har valt ut tek utgangspunkt i forståing av smerte og tilnærming til behandling som vil gi betre livskvalitet ved omsorg ved livets slutt, pasientens sluttoppfatning av omsorga ved livets slutt og lindrande sedering og livskvalitet. Vidare vil eg drøfte problemstillinga mi opp mot valt forskning, litteratur og egne erfaringar i drøftingsdelen. Til slutt oppsummerar eg oppgåva i konklusjonsdelen.

2 Metode

I dette kapittelet gjer eg greie for valt metode. Metoden er korleis vi kan innhente oss kunnskapen vi søker, og nyttast som eit verktøy i møte med noko vi vil undersøke (Dalland, 2014, s.111). I denne oppgåva nyttar eg litteraturstudie, det vil sei at eg nyttar kunnskap som allereie finnes frå før. I følgje Dalland (2014, s. 140) prøver ein å velje, vurdere, identifisere og organisere forskning og anna relevant litteratur for eit bestemt emne ved å nytte litteraturstudie. Det er også gode bidrag å nytte egne erfaringar frå praksis og møter med pasientar i ei oppgåve. Eg har difor valt å nytte dette med i drøftingsdelen.

2.1 Søkeprosessen etter relevant litteratur

Først og fremst har eg nytta meg av bøker frå pensumlista til høgskulen. Eg har funne bøker som er relevant for mi problemstilling og som eg vil bruke under teoridelen. Desse bøkene er: *klinisk sykepleie 1 og 2* av Almås, Stubberud og Grønseth (red.) (2011), *Geriatrisk sykepleie; god omsorg til den gamle pasienten* av Kirkevold, Brodtkorb og Ranhoff (red.) (2010), *Grunnleggende sykepleie av Kristoffersen, Nortvedt og Skaug (red.) (2011) og Bære eller briste av Røkenes og Hanssen (2012).*

For å finne anna relevant litteratur har eg brukt søkemotoren Oria på skulebiblioteket. Søkeorda eg har brukt er: smertelindring, kreft og palliativ behandling. Då dukka det opp bøker som: *Smertelindring* av Stein Husebø (1989) og *Smertelindring: utfordring og muligheter* av Finn Nortvedt (1989) som eg valte å nytte til mi oppgåve. Eg har også valt å nytte *fakta om kreft* frå Krefregisteret.no, der eg har blant anna har nytta kreftstatistikk. *Rapport om tilbudet til personer med behov for lindrende behandling og omsorg mot livets slutt – å skape liv til dagene* og *Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen* frå Helsedirektoratet (2015) er også relevant, så difor valt å nytte.

2.2 Søkeprosessen etter relevant forskning

For å finne relevant forskning har eg leita etter nøkkelord som kunne dekke mitt tema. Orda eg har valt å bruke er: *palliativ behandling, livskvalitet og sjukeheim*. Desse orda oversatt eg til engelsk i Svemed+ for å få eit breiare spekter av forskning. Eg oversatt nøkkelorda mine og fekk: *palliative care, quality of life og nursing homes*. Eg søkte desse orda opp i Academic Search Premier (ASP), huka av Medline og Cinahl og avgrensa søka mine frå 2013 – dd. Palliative care gav meg 95,566 resultat, Nursing homes gav meg 75,570 resultat og Quality of life gav meg 400,744 resultat. Vidare nytta eg alternative "Search with AND" og kombinerte dermed dei tre nøkkelorda mine og fekk då 73 resultat. Eg fann ein aktuelle artikkel for mi problemstilling

Death in nursing homes: a Danish quahtative study. Denne artikkelen som vart nytta er ei kvalitativ beskrivande studie basert på gruppeintervju med sjukepleiarar ved tre ulike sjukeheimsinstitusjonar i København. Studien tar sikte på å beskrive deltakaranes oppfatning av omsorga ved livets slutt med fokus på medikamentell administrering og samarbeid med fastlegen.

Vidare gjekk eg inn i Oria på skulen sine heimesider der eg nytta dei same søkjeorda. Eg avgrensa søka mine til 2012 – dd og artiklar. Fekk dermed opp 68 treff der eg fann ein artikkel av interesse:

The Practice of Continuous Sedation Until Death in Nursing Homes in Flanders, Belgium: A Nationwide Study. Dette er ei tverrsnitts retrospektiv undersøking som vart gjort ved ein sjukeheim i Flandern, Belgia. Undersøkinga omhandlar kontinuerleg sedering i sjukeheim for å redusere eller fjerne bevisstheit under ein sjukdom som ikkje lenger kan lækjast for å avlaste sterke smerter.

Eg søkte vidare i Oria, men valte å nytte meg av nøkkelorda *palliative care, quality of life, nursing homes og pain management*. Då fekk eg opp 11 treff ved å kombinere desse orda med "OG". Eg fekk opp artikkelen:

Assessment and management of pain in older patients receiving palliative care.

Dette er ein artikkel av medisinstudenten Lloyd Hughes ved Ninewells Hospital and Medical School, Dundee i Skottland. Den vart publisert i 2012 og tek sikte på å skissere prinsippa som støttar opp god praksis i vurdering og forvaltning av smertesymptom hos eldre pasientar med avansert livsbegrensa sjukdommar.

Eg har også brukt databasen Pubmed, men då med litt andre søkjeord som: *pain management, cancer patients, nursing homes* og *palliative care*. Då fekk eg fram artikkelen: *Nursing pain management - a qualitative interview study of patients with pain, hospitalized for cancer treatment*.

Denne artikkelen var relevant då den la vekt på kreftpasientars erfaring med sjukepleiarar og deira kunnskap om smertebehandling. Men eg valte å ikkje nytte den, då den ikkje hadde noko fokus på livskvalitet eller palliativ fase. Dei tre artiklane eg har nytta vil bli presentert lenger nede i oppgåva under deloverskrifta *presentasjon av forskning*.

2.3 Kjeldekritikk

For å avgjere om ein kjelde er sann nyttast kjeldekritikk, altså ein karakteriserar og vurderar kjeldene ein har nytta (Dalland, 2014, s.67). Svakheita med dei forskingsartiklane eg har nytta er at dei er på engelsk, noko som kan gjer dei misvisande å tolke. Eg har likevel nytta dei då dei er relevant for mi problemstilling. Eg har nytta engelsk/norsk ordbok for oversetting. Eg har også endra problemstillinga mi undervegs. Dette kan bli ein svakheit då relevant forskning og litteratur skil ut. Eg har blant anna nytta ei kvalitativ beskrivande studie. I følge Dalland (2014, s. 114 – 115) er kvalitativ metode meiningane og opplevingane til den enkelte som blir resultatet. Det har vore vanskeleg å nytte primærkjelder i denne oppgåva, då bøkene eg trengde var utlånt på biblioteket. Dette er også noko som kan bli sett på som svakheit då eg har nytta sækunderkjelder. Noko som kan styrke oppgåva mi er at eg har personleg erfaring med sjukeheimspasientar i palliativ fase. Ei anna styrke er at eg er konstruktiv til eige arbeid, og dermed kan sjå svakheit og styrke med korleis eg har løyst oppgåva.

3 Teoridel

Først i kapittelet tek eg for meg teori om nasjonale føringar, livskvalitet, smerte og systematisk symptomregistrering, palliativ fase og palliasjon ved kreft. Vidare i kapittelet kjem kommunikasjon og relasjon, informasjon til pårørande og etikk saman med yrkesetiske retningslinjer. Til slutt i kapittelet presenterar eg forskning.

3.1 Nasjonale føringar

Helsedirektoratet (2015) har utarbeida retningslinja *Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorga*, som vektlegg 7 prinsipp som er grunnleggande for palliasjon. Desse prinsippa gjeld for all helsepersonell som arbeidar med alvorleg sjuke og døydande mennesker, uansett fagområde, behandlings- og omsorgsnivå. Grunnleggande palliasjon ivareteke:

- Kartlegging av symptom og plager
- Symptomlindring
- Informasjon til pasient og pårørande
- Pårørande
- Terminal pleie
- Sorgarbeid og oppfølging av dei etterlata
- Dokumentasjon og kommunikasjon mellom dei ulike aktørane

3.2 Livskvalitet

Livskvalitet er eit subjektivt og fleirdimensjonalt omgrep som rommar både fysiske, psykiske og sosiale aspektar ved livet (Reitan & Schjøjlberg, 2001, s. 37). Livskvalitet er eit omgrep som nyttast til å evaluere den generelle velværa til enkeltindivid og samfunnet. Omgrepet vert nytta innan palliasjon, og kan beskrivast som det gode livet. Viktige kriteria for å oppnå ein god død er fysisk og psykisk velbehag, å få død på den staden ein ønskjer, gode relasjonar til helsepersonell, oppretthalding av håp og glede, godt forhold til familien og ikkje vere til byrde for andre (Lorentsen & Grov, 2011, 425).

3.3 Smerte og systematisk symptomregistrering

Smerte definerast som *ein ubehageleg sensorisk og emosjonell oppleving assosiert med aktuell eller potensiell vevsskade*. Vi kan skilje mellom akutte og kroniske smerter. Dei akutte smertene oppstår når vev blir skada i forbinding med sjukdom, skadar eller kirurgisk inngrep. Kroniske smerter er langvarige smerter, som til dømes slitasjegikt. Desse smertetilstandane er vanlegvis utløyst av skade eller sjukdom, og varar utover den tilhelingstida som er vanleg etter skade. Risikoen for å få smertefulle kroniske sjukdommar aukar med alderen, også skader som følgje av fall og kan medføre både akutt og langvarig smerte (Kirkevold, 2010, s. 334).

Fysiske aldriingsforandringar gjer at medikament kan verke annleis hos eldre pasientar. Svekkja reguleringsmekanismer og organkapasitet kan blant anna påverke absorpsjonen, fordelinga, effekten og utskillinga av medikamentet. Det gir også høgare fare for biverknadar og interaksjonar med andre medikament (Kirkevold, 2010, s. 157 – 158).

For effektiv symptomlindring trengs god kartlegging av pasientens plagar. Dette inneberer ei grundig anamnese, adekvat klinisk undersøking og målretta utredning. Det viktigaste er om behandlinga gir symptomlindring og/eller betra livskvalitet. Kartleggingsverktøy som Edmonton Symptom Assessment System bør regelmessig nyttast ved symptomregistrering av pasientar i palliativ fase (Helsedirektoratet, 2015, s. 12).

Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) er ein kartleggingsmetode som seiast å vere det beste hjelpemiddele ved kartlegging av pasientens plagar, samt evaluering av effekten av behandlinga. Skjemaet inneheld variablar frå 0 til 10, og pasienten eller pleiaren merkar av på ein skala korleis pasienten har det. Skjemaet er godt egna for pasientar med smerter og andre plagar som treg palliativ behandling, særleg kreftpasientar (Kirkevold, 2010, s. 451).

3.4 Palliativ fase og palliasjon ved kreft

Nye celler produserast heile tida. Ved kreft har det oppstått skade i cellas arvestoff, og cella vil begynne å dele seg ukontrollert. Etter kvart vil det samle seg opp til ein kreftsvulst i det organet feilen starta. I dei aller fleste tilfeller vil pasientens livssituasjon bli totalt forandra. Pasientens fysiske tilstand vil ofte påverke dei psykiske forholda, arbeidssituasjonen og det sosiale nettverket. Familie og andre nære vil bli svært påverka. Sjukepleiaren må heile tida tilpasse seg og finne sine oppgåver ut frå korleis pasienten opplever sin situasjon (Lorentsen & Grov, 2011, s. 402).

Verdens Helseorganisasjon definerar palliasjon slik (oversatt til norsk): Palliasjon er ein tilnærming som forbetrar livskvaliteten for pasientar og deira familie ved inkurabel sjukdom og kort forventet levetid. Lindring av pasientens fysiske smerter og andre plagsame symptom, samt tiltak retta mot psykiske, sosiale, åndeleg/eksistensielle problem står sentralt. Palliativ behandling og omsorg verken framskyver døden eller forlengar dødsprosessen, men ser på døden som ein del av livet (WHO, 2015).

Når døden nærmar seg, og den palliative fasen startar er visse trekk vanlege. - Pasienten søv gjerne meir og orkar mindre - Pasienten får fjernare bevisstheit og kan vere forvirra - Pasienten et og drikk mindre, og sluttar tilslutt å ta til seg næring. Dei viktigaste symptoma som krev lindrande behandling er smerte, uro, angst og bekymring, kvalme, andenaud, surkling og ralling, forvirring og delirium (Kirkevold, 2010, s. 453). Morfin er det vanlegaste mot smerte og dyspnè, Skopolamin mot surklete luftvegar, ileus og kolikk, Midazolam (Dormicum) mot angst, uro, panikk og muskelrykkningar, Haloperidol (Haldol) mot kvalme, brekningar, uro og agitasjon (Kirkevold, 2010, s. 453 – 454). I nokre tilfeller kan det vere behov for lindrande sedering, noko som definerast som medikamentell

reduksjon av bevisstheitsnivået for å lindre sterke smerter før døden inntreff (Lorentsen & Grov, 2011 s. 430).

3.5 Kommunikasjon og relasjon

Kommunikasjon er ein prosess som nyttast av mennesker for å trekkje oss nærmare kvarandre ved å hjelpe, men skyver kvarandre vekk ved å såre. Omgrepet kjem av det latinske ordet *communicare*, og betyr å gjere noko felles. Enten kommunikasjon er verbalt eller non-verbal, må den fortolkast. Det som vert sagt, kan blant anna vere ironisk, humoristisk eller ha dobbel meining (Eide & Eide, 2007, s. 18).

Relasjonsomgrepet kjem av det latinske ordet *relatio*, og betyr at ein gjenstand står i betydning for ein anna. Omgrepet relasjon nyttast i daglegtale om forhold til pasientar, pårørande, kollegaer og samfunnet (Eide & Eide, 2007, s. 17). Relasjonen mellom dei to partane er viktigare enn det som vert gjort og det som vert sagt. Den andre parten tolkar sjukepleiaren utifrå korleis relasjonen er mellom dei. Kritiske kommentarar frå fagpersonell kan tolkast som omtanke og hjelp dersom relasjonen er trygg, men kommentaren kan tolkast negativt dersom det er ein dårleg relasjon (Røkenes og Hanssen, 2012, s. 156). Å samhandle med og forstå dei menneska vi møter i yrkessamanheng på ein god og hensiktsmessig måte, er relasjonskompetanse. Dette er noko vi treng for å kunne ivareta ulike kommunikasjonsutfordringar i yrkessamanheng. Det handlar om å ha ei god forståing over situasjon, ha sjølvinnstikt samt ha ei empatisk haldning som fagperson. Relasjonskompetanse handlar om å kjenne seg sjølv, å forstå den andres oppleving av situasjonen og forstå kva som skjer i samspel med den andre. Ein forhold seg til pasientens behov ved å møte han som eit subjekt – eit sjølvstendig, handlande individ – og visar respekt for hans integritet og rett til autonomi. Som fagperson må ein vere i stand til å skape relasjon med pasienten og halde denne vedlike. Studiar visar at kommunikasjonsferdigheitar hos helsepersonell kan betrast ved å vise interesse for pasientens eigne tankar, skape trygg atmosfære, vise medkjensle og gi informasjon på ein riktig måte (Røkenes og Hanssen, 2012, s. 9 – 10).

Kommunikasjon- og relasjonsprosessen gjer sjukepleiaren i stand til å etablere eit menneske – til – menneske forhold. Det er ein gjensidig prosess der sjukepleiaren nyttar kommunikasjon for å søkje og gi informasjon, og pasienten og hans familie nyttar kommunikasjon for å få hjelp. For å nærme seg pasienten må sjukepleiaren vere i stand til å vise interesse og engasjement ovanfor pasienten, og ikkje berre sjukdommen. Ho setje den sjuke i fokus ved å sjå heilskapen. Ho må kjenne den ho har omsorg for om ho skal hjelpe den til å meistre sjukdom og liding. Dei som kjenner sjukepleiaren og oppfatta hennar intensjon om å hjelpe, vil lettare kunne søkje hjelp hos henne. Dette gjeld både

pasienten og pasientens familie. Ved å kjenne den sjuke vil ein også lettare kunne oppdage forandringar i sjukdommen til pasienten (Travelbee, 2005, s. 136 – 141).

3.6 Informasjon til pårørande

Pårørande er personar som betyr noko for kvarandre, som held jamleg kontakt og søker saman når noko skal feirast, eller ved ulike sjukdom og død. Pårørande kan vere pasientens ektefelle, samboar eller partner. Til eldre pasientar er pårørande gjerne vaksne barn (Reitan & Schjølberg, 2001, s. 203).

Omgrepet informasjon har samanheng med verbet *informere*, som betyr å underrette eller gi informasjon eller opplysningar (om noko) til ein anna. Informasjon har fleire betydingar, alt frå kvardagslege bruk til bruk i teknisk miljø. Omgrepet er generelt knytta til forstillingar om kommunikasjon, meining, kunnskap og undervisning. Informasjonen vi mottar kan vere av svært ulik karakter, til dømes er informasjonen i bruksanvising nødvendige opplysningar som vi nytta som verktøy. I dette tilfellet er informasjonen ein einvegsprosess som vi alle har opplevd kan over- og undervurdere vår evne til å forstå innhaldet. Det at informasjon er gitt, er slett ingen garanti for at innhaldet er mottatt og forstått. Omfanget av teknisk informasjon og ukjente omgrep kan skape forvirring. Slik kan det også vere når informasjon gis direkte frå ein person til ein anna, dersom mottakarens evne til å forstå informasjon ikkje er vurdert på forhand. I sjukepleiefagleg samanheng kan informasjon vere ein del av undervisning og rettleiing der mottakarens behov for informasjon er vurdert saman med han, og der dialogen er sentral (Kristoffersen, 2011, . 352).

Den pedagogiske samtalen er ei samnemning på den samhandlinga som forgår mellom sjukepleiaren og pasienten (Kristoffersen, 2011, s. 351). Sjukepleiarens pedagogiske funksjon inneber alle konkrete handlingar og gjeremål som har hensikt å legge til rette for oppdaging, læring, vekst og utvikling hos pasientar. Til dømes er å gi informasjon, instruksjon, undervisning, råd og rettleiing. Kunnskapsnivået aukar generelt i befolkninga i Noreg, noko som stiller store krav til sjukepleiaren som skal møte pasienten (Tveiten, 2008, s. 29 – 30). Kven sjukepleiaren har fokus på er avgjerande for mange val. Blant anna val av tid, stad, innhald og metodar (Tveiten, 2008, s. 61).

3.7 Etikk

Eit holistisk menneskesyn tyder å ha ein heilskapsforståing der alle delar inngår i heilskapen. At alt heng gjensidig saman. Innan sjukepleie tar ein då i betraktning at pasienten er meir enn berre ein fysisk kropp. Du må blant anna sjå heile mennesket med kropp, tankar, skavankar, ånd, smerte og livssituasjon. Å betrakte pasienten som eit medmenneske og likeverdige samarbeidspartnarar, er å ha ei holistisk tilnærming (Brinchmann, 2005, s. 25-27).

Autonomi er den plikta ein har til å respektere autonome personars avgjering. Ein har rett til informasjon om egen helsesituasjon og diagnose og andre forhold som angår seg sjølv og eins livssituasjon. Retten til ei autonom avgjering er både ei etisk og ei juridisk rettighet. I situasjonar der pasienten nektar behandling, må det vurderast om han faktisk har fått den nødvendige informasjonen han treng, om han er kompetent eller om han er påverka av ytre press. For at pasienten skal kunne foreta eit sjølvstendig val, ligg føresetnadane for at han er godt informert og kompetent til grunne. Sterk angst eller depresjon vil vere tilfeller som kan påverke hans evne til å foreta autonome avgjeringar (Brichmann, 2005 s. 80 – 83).

Norsk Sykepleierforbund har utarbeida, *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*, sist revidert i 2011 og godkjent av NSF's forbundsleding hausten 2011. Sjukepleiarens profesjonsetikk og forpliktingane ho har til å utøve god sjukepleiepraksis, blir omtalt i retningslinjene (Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, 2011).

3.8 Presentasjon av forskning

Assessment and management of pain in older patients receiving palliative care

(L. Hughes, 2012)

Dette er ein artikkel av medisinstudenten Lloyd Hughes ved Ninewells Hospital and Medical School, Dundee i Skottland. Den tek sikte på å skissere prinsippa som støttar opp god praksis i vurdering og forvaltning av smertesympptom hos eldre pasientar med avansert livsbegrensa sjukdommar. Ein forståing av smerte og tilnærming til behandling vil bidra til at sjukepleiarar er i stand til å støtte pasientar og deira pårørande under palliativ behandling. Han konkluderar artikkelen med at ubehandla kroniske smerter har ein negativ effekt på livskvaliteten. Det er nødvendig med kartlegging av smertene, til dømes Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) som er eit nyttig verktøy i den palliative omsorga. Adjuvant behandling kan behandle plagsame og smertefulle symptom for pasienten den siste tida av livet, men sjølv om behandlinga har klinisk effekt på dette området, bør helsepersonell nytte sitt kliniske skjønn for å overvake biverknadar og komplikasjonar i tillegg til å nytte ikkje- medisinske tilnærmingar.

Death in nursing homes: a Danish quahtative study

(T.F Gørlèn, T Gørlèn, M. A Neergaard, 2013)

Dette er ein kvalitativ beskrivande studie basert på gruppeintervju med sjukepleiarar ved tre ulike sjukeheimsinstitusjonar i København. Studien tar sikte på å beskrive deltakaranes oppfatning av omsorga ved livets slutt med fokus på medikamentell administrering og samarbeid med fastlegen. Konklusjonen viser at det er mangel på tidleg planlegging, riktig bruk av medisinar og kunnskap om

omsorg ved livets slutt blant dei tilsette. Det er også utfordringar i samarbeid med fastlege. Forfattarane av studien meiner at store forbetringar kan oppnåast ved hjelp av relativt få ressursar ved at dei utviklar god kompetanse ved omsorga av livets slutt.

The Practice of Continuous Sedation Until Death in Nursing Homes in Flanders, Belgium: A Nationwide Study

(S. Rys, F. Mortier, L. Deliens og J. Bilsen, 2014).

Dette er ei tverrsnitt retrospektiv undersøking som vart gjort ved ein sjukeheim i Flandern, Belgia. Undersøkinga omhandlar kontinuerleg sedering i sjukeheim for å redusere eller fjerne bevisstheit under ein sjukdom som ikkje lenger kan lækjast for å avlaste sterke smerter. Sjukepleiarane rapporterar om pasientar som nyleg blir behandla med kontinuerlig sedering. Dei fleste som vart behandla med kontinuerlig sedering hadde langtkommen kreft, demens, hadde sterke smerter, fatigue, tap av verdigheit, angst og lengsel etter døden. Intraktable smerte og fysisk smerte var dei mest avgjerande symptoma for igangsetting av kontinuerlig sedering. I følgje rapportering frå sjukepleiarane hadde kontinuerlig sedering tilstrekkeleg symptomlindring og god kvalitet på døyande. Men på grunn av manglande kompetanse, hindrast pasientane å vere involverte i avgjeringsprosessen, noko som illustrerar kor viktig det er med god planlegging av omsorg.

4 Drøfting:

I dette kapittelet tek eg for meg korleis sjukepleiaren kan skape den gode relasjonen til pasienten og pårørande, samt direkte sjukepleietiltak i den palliative fasen. Drøftinga skjer i henhold til teori, forskning og egne erfaringar

Problemstilling: Korleis kan sjukepleiar bidra til livskvalitet hos kreftsjuke sjukeheimspasientar i palliativ fase?

4.1 Den gode relasjonen

Som sjukepleiar må ein sjå pasienten med eit heilskapssyn for å skape ein god relasjon. Ved å sjå forbi det som er problemet vil ein setje pasienten i fokus der ein blir kjent med heile mennesket. Det å fange opp pasientens interesser, kunnskapar og erfaring vil vise at du er interessert i å vite kven han er bak merkelappen "pasient", som igjen er med å skape ein relasjon (Travelbee, 2005, s. 140). Ved å arbeide på langtidsavdeling på sjukeheim har eg erfart å bli kjent med pasientar tideleg i sjukdomsforløpet og heilt til siste stund. Her har eg erfart at stellsituasjonar er fine stunder der ein kan starte ein dialog med pasienten. Dette er situasjonar eg har nytta til å kartlegge kven som er viktig for pasienten, noko eg har tatt med meg vidare når pasienten når palliativ fase. Ved å nytte

meg av desse dialogane i stellsituasjonar, vil gjerne pasienten knytte eit sterkare band til meg og lettare søkje hjelp (Travelbee, 2005, s. 141). I forskingsartikkelen av Hughes (2012), vektlegg han at det å tilbringe tid saman med pasienten i stellsituasjonar der ein diskuterar smertesymptoma, korleis dei framtrer og korleis dei reduserast, er med på å utvikle eit godt sjukepleiar – pasient forhold. Dette er noko Travelbee (2005, s. 136) beskriv som eit menneske – til – menneske forhold som kan opparbeidast via ein kommunikasjonsprosess, noko som nyttast for å komme nærmare kvarandre. Som sjukepleiar må ein kunne gå inn i ein relasjon, legge til rette for god kommunikasjon og gjere det som er best for pasienten (Røkenes og Hanssen, 2012, s. 12).

Like viktig som den god relasjon til pasienten, er det at sjukepleiaren dannar gode relasjonar til pasientens nærmaste for å kunne bidra til god livskvalitet (Lorentsen & Grov, 2011 s. 431). Det pasienten seier, gir signaler til sjukepleiar om kva som er viktig for han, noko som er eit viktig reiskap for sjukepleiar i kommunikasjon med dei pårørande. Dei pårørande kan vere ein god ressurs då dei igjen kan fortelje oss noko om kven pasienten er. Relasjonen kan skapast ved at sjukepleiaren er modig, og tørr å invitere til samtale. Ho kan til dømes spørje om det er noko dei lurar på, om dei har nokre spørsmål, og ho kan fortelje om endringar sidan sist. Samtalen er også noko ho kan nytte for å kartlegge kva erfaringar dei har med situasjonen frå før (Mathisen, 2011, s. 303). Når den gode relasjonen til pårørande er danna, vil det vere lettare for sjukepleiaren å informere om symptom som kan oppstå i palliativ fase. Dette er symptom som uro, forvirring, surkling og endring av hudfarge, noko dei pårørande kan observere sjølv då dei veit kva dei skal sjå etter (Krikevold, 2010, s. 453). Dei pårørande kan også ha spørsmål om mat og drikke når pasienten er døyande. I praksis fekk eg erfare eit spørsmål om kvifor bestefaren deira ikkje kunne få væske. Då forklarte sjukepleiaren at pasientar i terminal fase ofte ikkje lenger kjenner tørste, og at det kan vere tilstrekkeleg nok å fukte munnhola regelmessig. Sjukepleiaren viste dei korleis dei kunne utføre munnstell på bestefaren, slik at dei kunne gjere dette sjølv. Eg opplevde at denne informasjonen skapte tryggleik hos dei pårørande. I følgje Helsedirektoratet (2015, s. 36) må ein forklare dei pårørande at livslengda ikkje påverkas av at det gis væske og ernæring i denne fasen, og at pasienten ikkje lider av svolt eller tørste. Regelmessig munnstell og fukting av munnhola er ofte tilstrekkeleg nok. I slike tilfeller der sjukepleiaren viser dei pårørande korleis dei kan utføre eit munnstell, nyttar ho sin pedagogisk funksjon. I følgje Tveiten (2008, s. 29 – 30) skal denne funksjonen legge til rette for å gi informasjon, instruksjon, undervisning og rettleiing. Kristoffersen (2011, s. 352) hevdar at når sjukepleiaren skal nytte pedagogisk metode, er det viktig å tenke nøye gjennom kva målet er. Sjukepleiaren vil i stor grad nytte hennar evne til rettleiing i dei situasjonane der pasienten og pårørande har behov for å forstå, lære nye kunnskapar og ferdigheiter.

4.1.1 Kontinuitet til pårørende

Familien må få informasjon om pasientens situasjon gjennom heile sjukdomsforløpet, og ikkje berre når pasientens liv går mot slutten. Om ønskelege kan det vere ein god ide og snakke med pasienten og dei pårørende samtidig, slik ein kan vere sikker på at same informasjon er gitt. Samtalen bør gis i god tid, og gjerne gjentas dersom behov (Kirkevold, 2010, s. 450). Informasjon til pårørende må alltid vere i samråd med pasienten. Dersom pasienten ikkje ønskjer at slike opplysningar skal bli gitt, har vi som helsepersonell taushetsplikt der omsynet til pasientens autonomi kommer framfor pårørandes interesser og ønskjer (Reitan & Schjølberg, 2001, s. 208). Open kommunikasjon om korleis ein kan godta døden, kan vere nyttig for dei involverte i pasientens liv. Dei pårørende kan i tillegg ha eigne bekymringar for tida etter dødsfallet.

I følgje Mathisen (2011, s. 318) er det umogeleg å vite når døden inntreffer. Nokre kan dø svært uventa, medan andre kan dø utan at det føreligg synlege teikn. Nokre kan også bli liggande ganske lenge tross kliniske teikn på førestående død. Pårørende kan bli sittande lenge å våke over den sjuke då dei ikkje har samvittigheit til å reise frå han. Dette er noko eg sjølv har erfart frå praksis. Dei pårørende ser slitne ut, men ønskjer å vere hos pasienten den tida dei kan. Det kan difor vere eit viktig oppfølgingstiltak som sjukepleiar å kartleggje kva ein eventuelt kan bidra med for å lette deira pleie- og omsorgssituasjon. Til dømes kan ein servere dei pårørende ein god lunsj i eit anna rom slik at dei får komme seg ut, men er likevel i nærleiken. Det å til dømes servere eit måltid eller vere open og ta kontakt med andre familiemedlemmer kan bety mykje for pasienten og dei pårørende. Dette viser at sjukepleiaren er modig, og det er gjerne desse små merksemda dei pårørende vil huske (Mathisen, 2011, s. 303).

4.1.2 Kompetanse – meir enn ein autorisasjon

For å oppnå god livskvalitet i den palliative fasen, er god kompetanse blant helsepersonellet eit viktig reiskap. At helsepersonell har kompetanse innan kommunikasjon, smerte og smertebehandling er med på å skape god livskvalitet ved livets slutt. I følgje Helsedirektoratet (2015) nyttar helsepersonell som arbeidar innan palliasjon, kommunikasjon som arbeidsverktøy kvar dag, og treng særskilt kompetanse innan dette. Då livskvalitet er subjektiv og difor kun kan kartleggast ved å kommunisere med pasienten, blir gode ferdigheitar innan kommunikasjon svært viktig i møte med pasientar i palliative fase. Dessverre er det ikkje alltid slik. I følgje Husebø (1989, s. 50) opplev dei fleste kreftpasientar smerter, men at denne pasientgruppa plagast unødige då det fins manglande kunnskap og forståing om smerter og smertebehandling hos pleiepersonalet. Studien gjort av T.F Gørlèn, T. Gørlèn, M.A. Neergaard (2013) hevdar at det er mangel på palliativ kunnskap og omsorg hos dei tilsette, noko som var viktig for at pasientane skulle oppnå god livskvalitet ved livets slutt. Studien viser til dømes at pasientane har fleire ubehandla symptom som hindrar at optimal palliativ omsorg

kan oppnåas. Mangel på tverrfagleg tilnærming, dårleg kommunikasjon mellom dei tilsette, legane, pasienten og dei pårørande er døme på dette. Helsedirektoratet (2015, s. 170) hevdar at ein grunnleggande føresetnad for optimal palliasjon er at heile personalet har den nødvendige faglege kompetansen for at pasienten skal oppleve livskvalitet ved livets slutt. Med fagleg kompetanse meinast både kunnskap, ferdigheitar og haldningar. Mine erfaringar er at det er viktig at sjukepleiar heile tida oppdaterar seg på forskning, og delar kunnskap og erfaring mellom seg for å kunne oppretthalde kompetansen innan palliasjon.

4.2 "Kven er eg?" – å sjå pasienten som ein heilskap

Kreftpasientar og døyande vere i ein fase av livet prega av håp, skuffelse, konflikt, fråver frå familien og fortvilning i tillegg til dei fysiske smertene. Dei fleste vil få ein god slutt på livet om vi i kvite frakkar tok oss tid til å lytte. Som sjukepleiar må ein sjå pasienten som det mennesket han var og ikkje berre den kroppen som ligg i senga. Om personen var ein velkledd, ordentleg mann, så er det viktig at sjukepleiaren hjelper han med å ivareta den personen han var når han ikkje lenger greier det sjølv. I følge Husebø (1989, s. 88) vil det vere vanskeleg å oppnå god livskvalitet dersom ein ikkje tek vare på heile pasienten, hans familie, deira sorger, bekymringar og glede. Sjukepleiarens holistiske menneskesynet handlar om å sjå pasienten med kropp og tankar, samt skavankar, smerter og livssituasjon (Brinchmann, 2005, s. 25 – 27).

Sjukepleiaren må vere bevisst på pasientens non-verbale kommunikasjon. I følge Helsedirektoratet (2015) er det ei evne hos sjukepleiaren å kunne fange opp hint, teikn og stikkord som pasienten formidlar og som vil kunne fortelje noko om kjenslene hans. Når vi er merksame på desse nonverbale signala vil det kunne bidra til betre kommunikasjon, og vi vil hurtigare kunne avklare kva som bekymrar pasienten. Tankar som kan bekymre pasienten kan skape ei indre uro dersom han ikkje får uttrykt desse tankane, til tross for god smertelindring. Dette kan vere tankar som økonomi og familien, og korleis dei vil greie seg i tida etter (Lorentsen & Grov, 2011, s. 428). I praksis opplevde eg ein pasient som var svært uroleg, og klarte ikkje "sleppe taket". Sjukepleiaren satt seg ned med han, inviterte til samtale og lytta. Pasienten opna seg for sjukepleiaren som hadde tid til å prate med han. Han fortalte at han var bekymra for familiens økonomi, då det var han som tok seg av dette, og kona ofte fabla med rekningane. Sjukepleiaren tilbydde pasienten å kontakte sosionom, slik at ho kunne hjelpe kona med å setje opp eit budsjett. Dette var pasienten svært takknemleg for, og sovna stille inn natta etter. Sjukepleiaren visar at ho er interessert og lyttande ved at ho til dømes held den sørgjande i handa, høyrer på den sjuke når han har behov for å uttrykke sin nag, eller utfører praktiske oppgåver som lettar situasjonen (Kristoffersen, Breivne & Nortvedt, 2011, s. 263) Ein person er aldri så aleine som når han lid, og lika viktig som den smertelindrande effekten, kan det "å

vere hos” bidra til å auke pasientens livskvalitet (Nortvedt & Nesse, 1989, s. 27). I følge Husebø (1989, s. 88) kan ein ved å spørje pasienten korleis han har det, vise støtte, nærheit og ømheit hjelpe pasienten til å finne sin eigen veg gjennom livskrisa han finn seg i.

4.3 Direkte sjukepleiartiltaka i palliativ fase

Palliative fase er når pasient og pårørende er innforstått med at livsforlengande behandling ikkje lenger er aktuelt, og vil tvert imot gi pasienten meir biverknadar og lågare livskvalitet (Kirkevold, 2010, s. 453). Sjukepleiartiltak i palliativ fase handlar for det meste om optimal symptomlindring, både på det fysiske, psykiske og åndelege/eksistensielle nivå. Kristoffersen et.al (2011, s. 259 – 260) hevdar at god kroppsleg pleie er med på å lindre fysisk ubehag, psykologiske, sosiale og åndeleg lidning. Sjukepleiaren har ein moglegheit til å fremme pasientens oppleving av velvære gjennom det kroppslege stellet. Pasienten treng å ha det behagleg, både i miljøet rundt han og at han ligg godt i senga. Det å kjenne ei varm hand på kroppen skapar kontakt og forsterkar sosiale band, samt formidling av omsorg, ro og nærleik.

Ved den kroppslege pleia, har sjukepleiaren har ein gylden mogelegheit til å observere kor smertepåverka pasienten er, kvaliteten på smertene og kor lenge dei varar. Ved å nytte kartleggingsmetodar vil ho lett kunne oppdage endringar i pasientens smerteutvikling. I følge Hughes (2012) er Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) eit nyttig hjelpemiddel i den palliative omsorga. Som Kirkevold (2010, s. 451) beskriv, inneheld skjemaet variablar der ein merkar av på ein skala frå 0 til 10 korleis pasienten har det. Denne kartlegginga kan også nyttast i vurderinga av pasientens søvn, kvalme og appetitt. Vurderinga av disse aspekta kan utfylle pasientbehandlinga. Samtidig vil informasjonen pleiepersonalet gir til legen om pasientens smerter i daglege rutinar, bidra til betre livskvalitet i den palliative fasen. Punkta i ESAS er smerte i ro, smerte i bevegelse, slappheit, munntørheit, matlyst, angst/uro, trist/deprimert, kvalme og tungpustheit.

I følge Lorentsen & Grov (2011, s. 430) er det tilfeller der pasienten opplever dyspnè som det mest skremmande symptom som oppstår i palliativ fase. Tanken på å døy av ikkje å få puste er ofte meir skremmande enn sjølv døden. Sjukepleiaren treng å kartlegge kva som kan vere den underliggande årsaka til at nettopp dette oppstår. Det kan komme av både helsemessige og personlege faktorar som angst, depresjon samt pasientens evne til å handtere problem. I slike situasjonar er det viktig at sjukepleiaren kjenner til enkle grep som kan lette på situasjonen. Sjølv fekk eg erfare ein situasjon der pasienten hadde KOLS. Tiltaka sjukepleiaren gjorde for å førebygge desse symptoma, var å tilby han ei ekstra pute og heva hovudleiet. Eg opplevde også at pasienten var svært redd, og engsteleg for at han skulle døy av ikkje å få puste. Pasienten kan truleg vere plaga av angst ved dyspnè. Sjukepleiaren kan bidra til å trygge pasienten ved å forklare at angst er ein naturleg reaksjon som

følgje av ein alvorleg sjukdom. Pasienten kan også lære seg teknikkar for å lette på andenøda slik at han i mange tilfeller kan handle aktivt når dyspnè og angst opptrer (Almås, Bækkelund, Thorsen & Srknæs, 2011, s. 157). Kvalme og brekningar er ein tilstand som kan forverre livskvaliteten til pasienten betydeleg i palliativ fase. Sjukepleiaren må bruke god tid på å samle data om kva som forsterkar pasientens kvalme og brekningar og prøve å fjerne dei så godt som mogleg. I tillegg til medikamentell behandling mot kvalme, kan frisk luft, fjerne lukter i rommet, musikk og ei trøstande hand å holde, vere tiltak som kan betre situasjonen (Mathisen, 2011, s. 314).

4.3.1 Medikamentelle tiltak

Pasienten behov å få god lindring av sine symptom, og det er ofte ein kombinasjon av få medikament som er løysinga. Til dømes kan pasienten vere forvirra, ha angst og bekymringar, han søv meir eller er uroleg. Dette er symptom som kan vere teikn på at pasienten har smerter og krev lindrande behandling (Kirkevold, 2010, s. 453 – 454). Dei fleste døande eldre vil ha behov for lindrande behandling med morfin i sine siste dagar eller timar. Sjukepleiaren må alltid gi medikament i rett tid for å førebygge smerte og kvalme, samt observere effekt og biverknadar. Hos eldre pasientar kan visse medikament gi høgare fare for biverknadar og interaksjonar med andre medikament på grunn av fysiologiske aldringsforandringar (Kirkevold, 2010, s. 157 – 158).

Opggåvene som utføres i forhold til medikamenthandtering skal vere delegert av lege. Legen bør alltid vere tilgjengeleg når pasienten har behov for å auke dosen, og ofte er det viktig å planlegge døgnet slik at sjukepleiaren har fullmakt til å gi dei nødvendige legemidla (Kirkevold, 2010, s. 454). Det er også viktig at legen og personalet byggjer på ei felles forståing, og alle må vite kva informasjon pasienten og pårørande har fått (Kirkevold, 2010, s. 450). Eg opplevde ein situasjon i praksis der legen delegerte væske intravenøst til ein terminal pasient. Dottera til pasienten var sjølv sjukepleier, og vart svært irritabel for at dette var gjort. I samtale med pårørande, sjukepleiar og lege, vart det einigheit om at væska skulle takast ned. I følgje Lorentsen & Grov (2011, s. 429) skal væskebehandling alltid vurderast i samarbeid med behandlande lege. Dersom pasienten har hjerte- og lungesvikt må dette takast i betraktning, då væskebehandlninga kan medføre pusteproblem eller forlenga terminal fase. Artikkelen av T.F Gørslèn, T Gørslèn, M. A Neergaard (2013) hadde eit særleg fokus på medisiner og samarbeid med fastlege. I følgje denne artikkelen var samarbeidet og kommunikasjonen mellom pårørande og fastlege dårleg, noko som medførte problem og misvisande informasjon vedrørande avsluttande behandling. Dette var noko som kunne gi pasienten problem med å oppleve "det gode liv" i palliativ fase. Det kan vere lurt at sjukepleiar og lege laga ein plan over smertelindring saman med pasient og pårørande om korleis dei ønskjer å ha det. Pårørande har eit sterkt ønske om at sjukepleiaren hjelper pasienten på best mogeleg måte ved optimal symptomlindring og effektivitet ved igangsetting av tiltak (Lorentsen & Grov, 2011 s. 428 – 429).

5 Konklusjon

Funna mine viser at kompetanse innan kommunikasjon og spesielt symptomlindring, er grunnleggande for at sjukepleiar kan bidra til livskvalitet hos sjukeheimspasientar med kreft i den palliative fasen. Forskinga viser at det er behov for økt kompetanse hos sjukepleiarane for å kunne ivareta pasientens livskvalitet. Sjukepleiar bør ha god kunnskap om konkrete symptomlindrande tiltak, som blant anna smertelindring, det kroppslege stell og kva som er spesielt ved den palliative fasen. For å utføre god sjukepleie ved livets slutt er det viktig å ha eit holistisk menneskesyn, å sjå heile mennesket som det eingang var. Nesten like viktig som å ivareta pasienten, er det også å sjå og samarbeide med dei pårørande. Familien treng ofte informasjon om kva som skjer, og nokon som ivareteke dei. Eg sjølv har lært ved å skrive denne oppgåva, at god palliativ fase er når pasienten og dei pårørande har det godt, sjølv om livet snart er over og dei veit sakne blir stort. Alt dette ligger til grunne då lindrande behandling, pleie og omsorg, familie og andre nære har vore i fokus gjennom den palliative fasen. Dei verdsetter livet slik det ein gong har vore, og har gode relasjonar til kvarandre og helsepersonellet. Dei veit at dei kan spørje sjukepleiaren om råd, for dei har tillitt til henne. Eg har også lært at eg må danne gode, trygge relasjonar til pasienten og hans pårørande, for å lettare kunne tilnærme meg utfordringar med den sjuke.

6 Litteraturliste

- Almås, H. Bækkelund, J, Thorsen, B-H. & Sorknæs, A. D. (2011). Sykepleie ved lungesykdommer. I H. Almås, D. G. Stubberud & R. Grønseth (red.), *Klinisk sykepleie 1* (s. 108 – 163). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Brinchmann, B.S. (Red.). (2005). *Etikk i sykepleien*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Dalland, O. (2014). Hva er metode? I O. Dalland (Red.), *Metode og oppgaveskriving* (s. 111 – 122). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Dalland O., Trygstad. H. (2014). Kilder og kildekritikk. I O. Dalland (Red.), *Metode og oppgaveskriving* (63 – 93). Oslo: Gyldedal Akademisk
- Eide, H. & Eide, T. (2007). Kommunikasjon i relasjoner: samhandling, konfliktløsning, etikk (2.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Gorlèn, T.F., Gorlèn, T., Neergaard, M. A. (2013). Death in nursing homes: a Danish quahtative study. *Journal article, 19* (5.), 236-242. Henta frå:
<http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=12&sid=6d50c7da-6c5c-4f4e-bac0-ad070a6a12ed%40sessionmgr4001&hid=4104>

- Helsedirektoratet (2015). Rapport om tilbudet til personer med behov for lindrende behandling og omsorg mot livets slutt – å skape liv til dagene (Rapport IS – 2278). Henta frå: https://www.regjeringen.no/contentassets/a4b45c8f57e741bdbb3bfb32c6b9ef43/rapport_hdir_palliasjonsrapport_160315.pdf
- Helsedirektoratet (2015). Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen (IS – 2285). Henta frå: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/918/Nasjonalt%20handlingsprogram%20for%20palliasjon%20i%20kreftomsorgen-IS-2285.pdf>
- Hughes, L. (2012). Assessment and management of pain in older patients receiving palliative care. Henta frå: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=7&sid=bab0f327-c76f-4492-8191-7590dada2f15%40sessionmgr4001&hid=4204>
- Husebø, S. (1989). *Smerte lindring*. Den norske kreftforeningen
- Kreftregisteret. (2015). *Fakta om kreft*. Henta 16.04.2015, frå <http://www.kreftregisteret.no/no/Generelt/Fakta-om-kreft-test/>
- Kirkevold, M., Brodtkorb, K. & Ranhoff, A.H. (2010). *Geriatrisk sykepleie; God omsorg til den gamle pasienten*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Kristoffersen, N. J. (2011). Den myndige pasienten. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie, bind 3* (338 – 385). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Kristoffersen, N. J., Breievene G. & Nortvedt F. (2011). Lidelse, mening og håp. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie, bind 3* (338 – 385). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Lorentsen, V. B. & Grov, E-K. (2011). Generell sykepleie ved kreftsykdommer. I H. Almås, D. G. Stubberud & R. Grønseth (red.), *Klinisk sykepleie 2* (s. 402 – 431). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Mathisen, J. (2011). Sykepleie ved livets avslutning. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie, bind 3* (295 – 335). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Norsk Sykepleierforbund (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere* (ICNs etiske regler). Henta frå: <https://www.nsf.no/Content/2182990/seefile>
- Nortvedt, F. & Nesse, J.O. (1989). *Smertelindring: utfordring og muligheter*. Oslo: Universitetsforlaget

Reitan, A-M. (2001). Pårørende. I A-M. Reitan, & T. K. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie* (s. 203 – 212).
Gjøvik: Akribe Forlag as 2000

Reitan, A-M. (2001). Livskvalitet. I A-M. Reitan, & T. K. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie* (s. 37 – 44).
Gjøvik: Akribe Forlag as 2000

Røkenes, O. H. & Hanssen, P-H. (2012). *Bære eller breste; Kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker* (3.utg.). Bergen: Fagbokforlaget

Rys, S., Mortier, F., Deliens, L. & Bilsen, J. (2014). The Practice of Continuous Sedation Until Death in Nursing Homes in Flanders, Belgium: A Nationwide Study. Henta frå:

<http://web.a.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=5&sid=bab0f327-c76f-4492-8191-7590dada2f15%40sessionmgr4001&hid=4204&bdata=JnNpdGU9ZWVhc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=aph&AN=98999243>

Travelbee, J. (2003). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Tveiten, S. (2008). *Pedagogikk i sykepleiepraksis* (2.utg.). Bergen: Fagbokforlaget

WHO. (2015). WHO Definition of Palliative Care. Henta frå: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>