



Høgskolen i **Hedmark**

Høgskolen i Hedmark

Avdeling Kongsvinger

4BACH

Hilde Nymoen og Charlotte Brekke

Veileder: Åse Monica Leirvik

Livets siste reise

The last journey in life

Antall ord: 12 037

BASY 2012

2015

Samtykker til utlån hos biblioteket:

JA

NEI

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage:

JA

NEI

Sammendrag

Nesten halvparten av alle dødsfall i Norge skjer i et sykehjem. Samhandlingsreformen og verdighetsgarantien sier at den palliative omsorgen skal være godt tilrettelagt for den døende og deres pårørende. Vi har funnet litteratur som viser at den palliative omsorgen fungerer best når det blir opprettet team med tverrfaglig kompetanse. Basert på dette har vi som sykepleiestudenter i denne litteraturstudien valgt å fokusere på palliativ omsorg i sykehjem og hvordan vi som sykepleiere kan tilrettelegge denne på en best mulig måte. De grunnleggende behovene hos den døende pasienten har blitt satt i fokus. Vi har valgt å lage en case som utgangspunkt for oppgaven. I dette caset skriver vi om en dame som er i en palliativ fase og bor på sykehjem. Vi har sett at for å få en verdig avslutning av livet må den palliative omsorgen være av høy prioritet i sykehjemmene og sykepleieren har en stor rolle i dette arbeidet. I litteraturstudien kom vi også frem til ulike tiltak som kan hjelpe pasienten i å få god tilrettelagt palliativ omsorg. For å gi best mulig palliativ omsorg er tiltak som å gi et godt munnstell, tilby samtaler om åndelige/eksistensielle behov og det gode stell er noe av det vi kom frem til vi kan gjøre for den døende pasienten.

*”Det betyr ikke så meget
hvordan man er født,
men det har uendelig meget å si
hvordan man dør.”*

- Søren Kierkegaard

Innhold

Sammendrag	2
1.0 Innledning	5
1.1 Bakgrunn og begrunnelse for valgt tema.....	5
1.2 Oppgavens hensikt og problemstilling.....	6
1.3 Avgrensing og begrepsavklaring.....	6
1.4 Videre oppbygning av oppgaven.....	8
2.0 Metode	9
2.1 Beskrivelse av søkeprosessen.....	9
2.2 Kildekritikk.....	10
2.3 Valgt forskning.....	11
3.0 Sykehjemspasienten	13
3.1 Pasienten i palliative fase.....	13
3.2 Vanlige plager, symptomer og behov i den palliative fasen.....	14
3.3 Verdighetsgarantien.....	15
4.0 Sykepleieteori	16
4.1 Virginia Hendersons behovsteori.....	16
4.2 Kari Martinsens omsorgsteori.....	17
4.3 Palliativ omsorg.....	18
5.0 «Hvordan kan vi som sykepleiere sikre god palliativ omsorg til sykehjemspasienten?»	20
5.1 Det relasjonelle aspekt.....	20
5.2 Det moralske aspekt.....	23
5.3 Det praktiske aspekt.....	26
5.4 Organisering.....	30
6.0 Konklusjon	34
Litteraturliste	36
Vedlegg 1	39

1.0 Innledning

I denne bacheloroppgaven i sykepleie har vi valgt å skrive om tilrettelegging av palliativ omsorg til pasienter i sykehjem. Vi skal fokusere på sykepleierens rolle ved tilrettelegging og omsorg i pasientens siste fase av livet med utgangspunkt i et case:

Olga er 78 år gammel og har for noen måneder siden fått påvist metastatisk brystkreft med spredning til skjelettet. Olga har blitt godt ivaretatt av hennes to døtre i sitt eget hjem med besøk og hjelp av hjemmesykepleien daglig. Hun har innlagt permanent kateter. Olga har blitt mer og mer pleietrengende den siste tiden. Hun har nå fått langtidsplass på sykehjem. Nå har Olga fått så store smerter at hun er blitt sengeliggende og kommer seg ikke lenger opp fra sengen. Hun sover mesteparten av dagen og er veldig sliten. Døtrene kommer daglig og besøker henne. Både Olga og døtrene er foreberedt på at livet hennes går mot slutten.

1.1 Bakgrunn og begrunnelse for valgt tema

Temaet vi har valgt er palliativ omsorg i sykehjem. Dette er et svært aktuelt tema som vi begge ønsker fordype oss i og lære mer om. Som sykepleier i sykehjem har man som regel en ledende rolle, og god kunnskap på dette området er viktig for å ta best mulig vare på den døende og deres pårørende. Vi har begge fått et lite innblikk i palliativ pleie i våre praksisperioder og kommer til å vise til noen eksempler fra egne erfaringer. Palliativ pleie i sykehjem blir ikke alltid omtalt som positivt. Dette kan man blant annet høre om i media. Det fokuseres da ofte på manglende tid til den døende og mangel på kvalifisert personale. Derfor blir det ekstra viktig at vi som sykepleiere vet hvordan vi skal utføre jobben vår riktig når det kommer til dette emnet.

Cirka 40 % av alle dødsfall skjer i dag på sykehjem og andelen vil sannsynligvis øke. Mange eldre ønsker å dø i sitt eget hjem men dette krever stor innsats av at både pårørende og helsepersonell må være disponibelt hele døgnet. Det viser seg at mange pårørende synes selve slutfasen blir for overveldende og sykehjem blir da en trygg løsning (Hauge 2010). Noen ganger ønsker ikke eller har ikke pasientene mulighet til å bruke sin autonomi. Da er det viktig at de får de rette rådene og pleien uten å bli tatt fra verdigheten eller at deres behov blir ignorert (Ilkjær, 2011).

Vi vil som sykepleiere møte mange døende mennesker og delta i pleie og omsorg for disse. Vår rolle i denne prosessen er å koordinere og samarbeide tverrfaglig med pårørende. På denne måten blir den døende godt ivaretatt når det gjelder sine fysiske, psykiske, sosiale og åndelige behov. Målet med den palliative omsorgen blir å ivareta pasientens livskvalitet og lindre smerter og ubehag på en best mulig måte. Vi må som sykepleiere også legge stor vekt på kommunikasjonen. En god og tillitskapende kommunikasjon med pasienten og pårørende skaper trygghet og innsikt i situasjonen. Kommunikasjonen i teamet rundt pasienten må også være klar og tydelig slik at alle vet hva som blir snakket om hos pasienten og dens pårørende (Ilkjær, 2011).

I vår jobb som sykepleiere har vi også et ansvar for å ivareta pårørendes behov. De har ofte behov for å snakke med noen som har tid til å lytte og de har som regel mange ubesvarte spørsmål og bekymringer. Hvordan omsorgen og pleien av den døende pasienten blir ivaretatt er ofte viktigere og i større fokus hos pårørende enn hos pasienten selv. De må leve videre med minnene om hvordan den siste tiden ble og det er dermed viktig at pårørende blir en aktiv del av den palliative omsorgen (Ilkjær, 2011).

1.2. Oppgavens hensikt og problemstilling

Hensikten med denne oppgaven er å finne ut hvordan vi som sykepleiere kan tilrettelegge den palliative omsorgen slik at pasientens grunnleggende behov ivaretas på en best mulig måte. Pårørendes behov for omsorg trekkes også inn i oppgaven. Formålet vårt er at vi ønsker å bidra til mer kunnskap rundt dette temaet til fagfeltet vi nå skal utdanne oss til.

Problemstillingen vi har valgt å bruke er:

«Hvordan kan vi som sykepleiere sikre god palliativ omsorg til sykehjemspasienten?»

1.3 Avgrensning og begrepsavklaring

Palliativ omsorg er et stort tema hvor vi kan skrive ut fra mange forskjellige områder. På bakgrunn av begges egenerfaring har vi valgt å fokusere på sykehjemspasienter. For å

avgrense oppgaven har vi derfor laget et case som beskriver en pasientsituasjon, og det er denne vi kommer til å ta utgangspunkt i videre i drøftingen. Caset vi har laget er fiktivt. Sykepleierteoretikerne vi har valgt å bruke i denne oppgaven er Virginia Henderson og Kari Martinsen. Vi skal ta for oss Martinsens tre aspekter som er det rasjonelle, praktiske og moralske prinsipp. Da pasienten i caset vårt har to døtre som pårørende kommer vi til å komme inn på kommunikasjon og se hvordan vi kan skape en god relasjon til både pasienten og pårørende. Selv om pasienten har diagnosen kreft skal vi ikke til å gå noe mer inn på det. Vi kommer også til å trekke inn samhandlingsreformen og verdighetsgarantien. Lover som gjelder pasienten og helsepersonell som er relevant for vår oppgave vil vi også å gå inn på underveis, men velger å ikke ha et eget kapittel om disse. Hovedfokuset vårt i denne oppgaven er sykepleierens rolle til hvordan sykehjemspasienter kan få tilrettelagt for en god palliativ omsorg i sykehjem med utgangspunkt i et case. I Helsedirektoratet (2013) skriver de en definisjon hentet fra WHO (2013). Den definerer den palliative fasen som en prosess som starter fra pasienten har fått en uhelbredelig sykdom og avsluttes når døden inntreffer. For å avgrense oppgaven har vi tatt utgangspunkt i at pasienten er i den aller siste fasen i den palliative prosessen. Vi skriver derfor om pasienten i caset som er inne i de siste dager og timer av livet.

Nå skal vi gå nærmere inn på begreper som er relevante for problemstillingen vår. Begrepene vi har valgt å definere er palliasjon og omsorg. Grunnen til vi valgte å definere palliasjon er fordi definisjonen handler om en helhet hvor det fokuseres på hvilke behov den palliative pasienten trenger hjelp til å ivareta. Andre begreper kommer vi til å forklare og utdype underveis.

WHO beskriver *palliasjon* som en tilnærming hvor livskvaliteten til pasienter og pårørende forbedres når pasienten står ovenfor en livstruende sykdom. Hensikten er blant annet å lindre smerter og at pasientens fysiske, psykososiale og åndelige behov blir ivaretatt (WHO, 2015).

Kari Martinsen beskriver *omsorg* som en sosial relasjon og et felleskap sammen med andre. Hun sier også at omsorg inneholder forståelse for andre mennesker, noe som utvikles gjennom blant annet felles erfaringer. Omsorgen skal også være ekte og da går det mye på holdninger til den andres situasjon. Gjensidighet og samhandling spiller derfor en viktig rolle (Hummelvoll, 2006).

1.4 Videre oppbygning av oppgaven

I denne første innledningsdelen har vi beskrevet bakgrunnen for valg av tema og presentert et case og en problemstilling. Videre i neste del skal vi skrive om metode og litteratursøk. Her kommer vi også til å presentere forskningen vi har valgt å bruke. Etter dette har vi kommet til teoridelen hvor vi skal skrive om pasienten, sykepleieteorier og palliativ omsorg. Videre i oppgaven kommer drøftingsdelen hvor vi skal knytte teorien opp mot problemstillingen og caset. Tilslutt skal vi ha med en konklusjon.

2.0 Metode

Da denne oppgaven er en litteraturstudie har vi valgt å bruke Dalland (2014) for å forstå hva metode er og hva en litteraturstudie skal baseres på. Dalland (2014) skriver at metode går ut på hvordan vi skal gå frem for å skaffe kunnskap. Forfatteren skriver videre at metode handler om å følge en bestemt vei frem mot et mål, og forskeren er med på å beskrive denne veien og valgene som blir tatt underveis.

”Litteratur er et viktig grunnlag for alle studentoppgaver. Det er den kunnskapen oppgaven tar sitt utgangspunkt i, og som problemstillingen skal drøftes i forhold til.” (Dalland, 2014, S. 67)

Som Dalland (2014) sier i sitt sitat er en litteraturstudie en oppgave som baseres på litteratur. For å finne denne litteraturen har vi sett gjennom bøker og søkt på internett. Vi har funnet gode bøker og artikler som kan være med å hjelpe oss når vi skal drøfte problemstillingen. Nå skal vi beskrive søkeprosessen, si noe om kildekritikk og presentere forskningsartiklene vi har valgt å bruke.

2.1 Beskrivelse av søkeprosessen

Veien til kildene våre startet vi med å lete i pensumbøker. Dette fordi vi vet at her kunne vi finne mye relevant og at kildene var trygge å bruke. Videre gikk vi til internett og bøker utenom pensum for å finne støttelitteratur, skjønnlitteratur og forskning. Vi har også valgt å bruke egenerfaring fra tidligere praksisperioder. Valget av sykepleieteoretikere falt fort på Virginia Henderson og Kari Martinsen. For å lese om deres teori valgte vi å bruke boken til Kirkevold (2006) ”Sykepleieteorier” som da blir en sekundærkilde. Dette fordi særlig Kari Martinsens teori er lettere å lese i en sekundærkilde.

For å vite hvordan vi skal gå frem i søkeprosessen er det viktig at vi vet hvordan vi skal søke. Nordtvedt m.fl. (2014) skriver om s-pyramiden som viser oss seks nivåer av kunnskapskilder. Dette gjør det derfor enklere for oss å vite hvordan vi kan starte søkeprosessen. Vi finner disse databasene på helsebiblioteket og s-pyramiden hjalp oss til å vite hvilket nivå forskningen var på kunnskapsmessig.

Vi fortsatte søkeprosessen ved å velge ut hvilke databaser vi ønsket å benytte i helsebiblioteket. Her søkte vi i databaser som Cochrane Library, Cinahl, Ovid, Svemed+ og sykepleien. Vi brukte søkeord som Palliative care/ nursing homes, End of life care, Palliativ pleie, Palliativ omsorg. Vi fikk opp mange resultater, og valgte tilslutt å bruke 5 forskningsartikler som vi synes var relevant for vår oppgave. I vedlegg 1 har vi lagt ved et skjema som viser konkret hvor mange treff vi fikk opp og om det var noen relevante artikler vi kunne bruke.

2.2 Kildekritikk

”Kildekritikk er de metodene som brukes for å fastslå om en kilde er sann. Det betyr å vurdere og karakterisere de kildene som benyttes.” (Dalland, 2014, S. 67)

Noe av det første vi lærte når vi skulle søke i litteraturen var å være kritisk til kildene. Ikke bare hvor vi fant litteraturen, men også til forfatteren, årstallet på artiklene og innholdet. Som vi nevnte tidligere skriver Nortvedt m.fl. (2014) om s-pyramiden som et verktøy vi kan bruke i litteratursøk. Pyramiden har til grunn både forhåndsvurdert og forskningsbasert kunnskap. Forfatterne skriver videre at jo høyere opp i pyramiden du befinner deg, jo mer kvalitetssikret er forskningen. Denne pyramiden hadde vi som utgangspunkt i både når vi skulle søke i kilder, men også være kritiske til dem. Selv om vi også søkte i de nederste databasene endte vi opp med å bruke artiklene vi fant fra Cochrane Library som er nest øverst på pyramiden. Denne forskningen var grei å lese og lettere å forstå enn de andre databasene vi brukte. Forskningsartiklene vi fant på den siden var heller ikke så gamle så vi synes de fortsatt var relevant å bruke for vår oppgave.

Vi brukte også Sykepleien. Dette er en side vi har brukt gjennom hele studietiden slik at vi følte oss trygge på kilden. For å være helt sikre valgte vi ”fagfellevurdert forskning” og da fant vi to relevante artikler. Begge var litt gamle så vi måtte tenke nøye gjennom om vi kunne bruke dem. Da vi hadde lest gjennom begge artiklene noen ganger bestemte vi oss for at begge var relevant for oppgaven. Vi brukte også en del pensumbøker. Disse kildene kjente vi oss trygge på. Det var litt annerledes når vi skulle lete i bøker utenom pensum. Her var det mange bøker som var i en eldre utgave. Noen valgte vi å bruke, mens andre valgte vi bort. Dette fordi de ikke var relevant for vår oppgave.

For å sikre oss at kildene og artiklene kunne brukes valgte vi å benytte en sjekklister som heter «*sjekklister oversikt*» utviklet av Kunnskapssenteret (2014). Den stilte spørsmål som; ”Kan vi stole på resultatene?”, ”Hva forteller resultatene oss?” og ”Kan resultatene være til hjelp i praksis?”. Denne sjekklister fant vi til stor nytte og da ”ja” ble krysset av på alle spørsmålene ble vi helt trygge på at vi kunne bruke både kilden og artiklene. Resultatene i forskningsartiklene vi har valgt å bruke er både funnet i en relevant database, resultatene kommer tydelig frem og de fremstilles som troverdige kilder.

2.3 Valgt forskning

Her skal vi presentere kort om forskningsartiklene vi har valgt å bruke.

Forskningsartikkelen «*Er sykehjemmet et verdig sted å dø?*» av Steindal & Sørbye (2010) har som hensikt å se hvilke faktorer som kan bidra til at pårørende opplever en verdig død til deres nære. Forskningen tar for seg at overflytting fra sykehjem til sykehus skal være unødvendig, men grunnet manglende kompetanse og språkproblemer i sykehjem har dette ofte vært nødvendig. Metoden de har brukt i studien er intervjuer av pårørende til pasienter som døde ved et sykehus. Resultatet viste at pårørende trakk frem holdninger og erfaringer de hadde fra sykehjem og forventningene til personalet. Pårørende hadde forventninger til at personalet bør ha gode egenskaper, kompetanse og kommunikasjon for at de skal oppleve at deres nære skal få en verdig avslutning på livet. Konklusjonen i funnene er at det trengs mer faglært personal i sykehjem. Kunnskap og god kommunikasjon var viktige faktorer for at pårørende skulle oppleve at pasienten skal få en verdig død i sykehjem.

Forskningsartikkelen «*Hva er en god død i sykehjem?*» av Bjørndal & Gjerberg (2009) har som hensikt at de ønsker å øke kunnskapen rundt hva ”en god død” skal innebære. Metoden som ble brukt var intervjuer av personell i forskjellige sykehjem hvor de pratet om egne erfaringer. Resultatene viser at god smertelindring, trygghet slik at pasienten ikke skal oppleve å være alene den siste tiden, og ivaretagelse av pasientens pårørende var viktige faktorer. Disse spilte inn for at pasienten skulle oppleve den siste levetiden som verdig. Konklusjonen i studien viser at det blant annet var viktig med respekt for pårørende og

pasienten. Det var også viktig med gode observasjoner og dokumentasjon, god kompetanse blant personalet innen smertelindring, kontinuitet og rutiner for oppfølging av pasienten.

Vi har også valgt å bruke en forskningsartikkel som heter «*Omsorg og behandling ved livets slutt i sykehjem*» av Nyrønning & Wille (2012). De sier i sin forskning at vi som sykepleiere må da ha god kompetanse og fagkunnskap når vi jobber med palliativ pleie i sykehjem. Grunnen til at vi har valgt å bruke denne er blant annet fordi forfatterne har utarbeidet noe de kaller for de ”10 domeneene”, og disse kommer vi til å bruke videre i oppgaven.

Den neste forskningsartikkelen vi har valgt å bruke heter «*Interventions for improving palliativ care for older people living in nursing care homes*» av Hall m.fl. (2011). Artikkelen vi har funnet er en amerikansk studie som dreier seg om at mennesker i dag lever lenger og får flere og sammensatte diagnoser. Mange av disse lever sine siste år på sykehjem og mange dør der. De vil derfor trenge palliativ pleie. Palliativ pleie har som mål å lindre ubehag og smerte og gjøre den siste tiden verdig med gode minner for de pårørende. De fokuserer i artikkelen at det å satse på tverrfaglig team er veldig viktig for å «skreddersy» den enkeltes behov for palliativ pleie. En ekspertise må på plass og vi som sykepleiere må samarbeide tett med legen og komme med forslag og anbefalinger.

«*End-of-life care pathways for improving outcomes in caring for the dying*» av Chan & Webster (2013) tar for seg Liverpool Care Pathway som er en tiltaksplan spesielt utviklet for døende pasienter. Bakgrunnen for studien var at de ville se om bruk av LCP kan bidra til bedre ivaretagelse av både pasienten og pårørende. End-of-life fokuserer på omsorg i de siste timer og dager av livet. De som deltok på studien var pasienter med ulike sykdommer som kreft eller organsvikt uavhengig av pasientens alder eller om pasienten var på sykehus, hjemme eller sykehjem. Metoden de brukte var at pasientene ble delt inn i to grupper hvor den ene fikk sykepleie uten LCP, mens den andre gruppen fikk sykepleie med bruk av LCP. Resultatet viste at pasienten ikke opplevde noe særlig forskjell ved bruk av tiltaksplanen, men at pårørende hadde god nytte av at LCP ble brukt. For dem følte de at ved bruk av LCP fikk både pasienten og de som pårørende god oppfølging og informasjon av pleierne.

3.0 Sykehjemspasienten

Den typiske sykehjemspasienten er en eldre person med sterkt redusert funksjonsevne. Mange av pasientene har stort behov for hjelp til å dekke sine grunnleggende behov. De fleste som bor på sykehjem har kombinasjoner av flere kroniske sykdommer. Det er derfor mange forskjellige medikamenter å forholde seg til. Å flytte til sykehjem er en stor overgang for en person og det kan oppleves forskjellig. Den eldre personen må bli kjent med mange nye mennesker og rutiner (Hauge, 2010).

Nesten halvparten av alle dødsfall i Norge skjer på sykehjem. Mange, både pasienten selv og dens pårørende er utrygge og har engstelse når døden er nær. Vi som fagpersonell sitter inne med kunnskapen og erfaringen når det gjelder dette temaet. Vi har derfor et stort ansvar for at den siste tiden blir verdig og trygg både for pasienten og pårørende (Husebø & Husebø, 2015).

3.1 Pasienten i palliative fase

Hospice-filosofien ble grunnlagt av Dame Ciceley Saunders på 1960-tallet i forbindelse med dannelsen av den første institusjonen for palliativ omsorg i St. Christopher's Hospice. Filosofien går ut på at det bør være et tilbud som retter seg mot den alvorlig syke og døende pasientens fysiske, psykiske, sosiale og åndelige behov. I Hospice fokuseres det på en god og individuell lindrende behandling og omsorg som er lagt til rette for hver enkelt sin situasjon. Det fokuseres også på pårørende og oppfølging av etterlatte i sorgprosessen. Pasienten trenger også god sykepleie og menneskelig omsorg (Den norske legeforening, 2001).

Vi skriver om pasienten i caset som er inne i de siste timer og dager. Husebø & Husebø (2001) skriver om grunnleggende forutsetninger som bidrar til å vurdere om pasienten er døende. Disse går ut på om pasientens sykdom er forverret og om pasienten er sengeliggende og har en svekket tilstand. Forfatterne skriver også at interessen for mat og drikke er nedsatt. Pasienten er heller ikke lengre opptatt av omgivelsene og livet sitt. Det er legen sammen med pleiere som vurderer om pasienten er nær døden. Da skal dette informeres videre til pårørende og om mulig også til pasienten.

3.2 Vanlige plager, symptomer og behov i den palliative fasen

En smertefri død forbindes med en god død. I den palliative fasen er smerter ofte en plage. Smertelindring blir da et stort behov som pasienten har. De eldre har en tendens til å holde for seg selv hvor vondt de har det for ikke å være til bry. De har også en oppfatning av at smerter er noe som hører til alderdommen. Videre er respirasjonsplager noe som oppstår når pasienten hverken klarer å svelge unna slim eller hoste det opp lenger. Dette kan høres ut som en rallende lyd, dødsralling. Pasienten har da ofte behov for å bli snudd på og heve hodeenden. For å minske slimplagene har pasienten også behov for å få legemidler som har slimløsende effekt (Nyrønning & Wille, 2012). Den døende pasienten er permanent liggende i senga og kan som et resultat av dette bli plaget med trykksår om behovet for spesialmadrass ikke blir dekket. Pasienten trenger da hjelp til å bli snudd på (Hjort, 2010).

I livets slutfase orker ikke pasienten å ta til seg noe særlig med hverken drikke eller ernæring. Sult og tørstefølelsen blir mer og mer borte. Dette fører ofte til munntørrehet som er ubehagelig for pasienten. Det samme skjer når pasienten puster med åpen munn og ved bivirkninger av medikamenter (Nyrønning & Wille, 2012). Pasienten kan også ofte oppleve problemer med eliminasjonen. Urininkontinens eller andre plager med vannlatingen er vanlig og pasienten kan få behov for et permanent kateter. Mageproblemer som forstoppelse er også vanlig og ofte et resultat av immobilitet og morfinbehandling. Avføringsmidler lindrer disse plagene (Hjort, 2010). Den døende pasienten er også ofte kvalm og uvel. Dette kan være forårsaket av sykdommen selv, obstipasjon eller bivirkninger av behandlingen. Behovet til pasienten blir da å få riktig mengde kvalmestillende medikamenter (Hjort, 2010).

Mange som vet de skal dø har ofte behov for å snakke om åndelige spørsmål. Derfor er det svært viktig at alle får tilbud om å snakke med en prest selv om alle ikke ønsker dette. Noen vil heller prate om disse eksistensielle spørsmålene med helsepersonell og da er det viktig at vi stiller oss til disposisjon selv om vi ikke deler samme tro. Det å få snakke om dette gir ofte ro og trygghet i den siste tiden (Hjort, 2010).

Angst, uro og delirium er også plager pasienten kan oppleve (Hjort, 2010). Det er viktig å finne hovedårsaken til angsten, og spørsmål som ”skyldes det sykdomsutviklingen?” og ”skyldes det uønskede bivirkninger ved behandlingen?” er sentrale for å finne ut hva angsten

kommer av. Det å snakke om disse problemene kan være det største behovet når pasienten opplever angst (Husebø & Husebø, 2001).

3.3 Verdighetsgarantien

Verdighetsgarantien går ut på at den enkeltes selvbestemmelsesrett, medisinsk behov og egenverd blir respektert og ivaretatt. Den skal sikre en verdig og meningsfull alderdom. Det er flere faktorer som skal tas hensyn til.

I vår oppgave og case er det da spesielt tre punkter som er viktige:

- Tilby samtaler om eksistensielle spørsmål.
- Lindrende behandling og en verdig død.
- Faglig forsvarlig oppfølging av lege og annet relevant personell, som sikrer kontinuitet i behandlingen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011).

4.0 Sykepleieteori

I følge Norsk sykepleierforbund (2012) er sykepleieren en person som utøver sitt yrke med å gi omsorg, vise barmhjertighet og respekt for rettighetene alle mennesker har. Sykepleieren må jobbe både forebyggende og helsefremmende og gi hjelp til pasienter og pårørende. Sykepleieren har et stort ansvar for å jobbe kunnskapsbasert når det gjelder selve sykepleien, omsorgen, observasjonene og behandlingen. Sykepleieren har også ofte et ansvar for koordinering og ledelse i helsetjenestens store fagfelt (Norsk sykepleierforbund, 2012).

I de yrkestiske retningslinjer for sykepleiere sies det at sykepleieren har ansvar for å lindre lidelse, og bidra til en naturlig og verdig død. Sykepleieren har også ansvar for at egen praksis skal være faglig, etisk og juridisk forsvarlig (Norsk sykepleierforbund, 2011).

4.1 Virginia Hendersons behovsteori

Vi har valgt å se nærmere på Virginia Henderson og hennes tanker og syn på sykepleie.

Kirkevold (2005) skriver at Hendersons definisjon på sykepleie er:

«Sykepleierens særegne funksjon er å hjelpe personen, syk eller frisk, i utførelsen av de gjøremål som bidrar til god helse eller helbredelse (eller til en fredfull død), noe han ville gjort uten hjelp om han hadde hatt tilstrekkelige krefter, kunnskaper og vilje, og å gjøre dette på en slik måte at personen gjenvinner uavhengighet så fort som mulig.» (S. 101).

Henderson legger i sin teori stor vekt på at alle mennesker, syke som friske har sine grunnleggende behov. Alle har behov for bekræftelse, mat, et sted å bo, følelsen av å være til nytte, kjærlighet og samhørighet. Hun mener at alle disse behovene tolkes forskjellig fra person til person ettersom hva som er viktige verdier i den enkeltes liv. Sykepleieren må videre ta utgangspunkt i dette for å oppnå best mulig ivaretagelse av det som pasienten oppfatter som en god nok helsetilstand, helbredelse eller en verdig død. Sykepleieren må gi personen assistanse slik at de fysiske, psykiske, sosiale og åndelige behov blir ivaretatt på en tilfredsstillende måte. Fokuset må også være å hjelpe pasienten til å bli mest mulig selvhjulpent ved å finne enkeltes ressurser (Kirkevold, 2006).

Virginia Henderson har 14 punkter som hun mener er sykepleiens grunnleggende funksjoner (Kirkevold, 2006). Vi ser at hennes punkter er knyttet opp til grunnleggende behov som pasienten har. Dette er noe vi kommer til å trekke mer inn underveis i oppgaven.

4.2 Kari Martinsens omsorgsteori

Martinsens teori omhandler 3 aspekter:

1. Omsorg som et relasjonelt begrep. Dette handler om relasjonen mellom to mennesker. Dette er basert på åpenhet, gjensidighet, solidaritet og et fellesskap.
2. Omsorg som et moralsk begrep hvor prinsippet handler om å ha ansvar for de svake. Dette baseres på kjærlighet og handlinger ut fra hva som er til den sykes beste.
3. Omsorg som et praktisk begrep hvor utførelsen av kronkrete handlinger gjøres ut i fra forståelse for hva som er til den andres beste (Kirkevold, 2005, S. 171).

Det viktigste fokuset i Kari Martinsens sykepleieteori er omsorg. Hun mener at uten omsorg har menneskeverdet liten verdi. Mennesker er avhengige av hverandre. Særlig i situasjoner som ved fysisk eller psykisk sykdom, lidelser eller skader. Omsorg er et svar på en annen persons behov for hjelp og avhengighet for å klare seg. Hun påpeker videre at omsorg er et relasjonelt begrep: som beskriver forholdet mellom to mennesker. Dette kan vises ved at den som utøver omsorgen gjør dette på en empatisk måte. Hjelper og mottaker bør ha en felles forståelse av behov, normer og regler. Den som yter hjelpen og omsorgen har heller ingen krav om å få noe tilbake av den som mottar. Alle kan havne i situasjoner hvor de blir avhengige av hjelp fra andre. Dette kaller Martinsen for «generalisert gjensidighet» (Kirkevold, 2006).

Videre kommer det frem i Martinsens teori at relasjoner mellom mennesker er konkrete handlinger som er basert på makt og avhengighet med moral som en slags grensesetter for utøvelsen av denne. (Kirkevold, 2006).

Videre understreker Martinsen at omsorg er en handling som er praktisk. Handlingene med omsorg springer ut av en konkret situasjon som den omsorgstrengende er i. Hun påpeker at sykepleien har et ekstra ansvar for pasienter som er blant de svakeste som ikke har mulighet til å komme seg ut av rollen som omsorgsmottaker, sånn som alvorlig syke eller døende. Ved

å vurdere faglig hva som er til pasientens beste og ved å kjenne hennes livs- og lidelseshistorie blir sykepleien av god kvalitet selv om pasienten ikke blir bedre eller mer selvstendig (Kirkevold, 2006).

Kari Martinsens teori legger mest vekt på forholdet som er mellom mennesker. For å få et godt sykepleier- pasientforhold må åpenhet og nærhet være på plass (Kirkevold, 2006).

4.3 Palliativ omsorg

Vi skal her skrive videre om palliasjon, organisering og de grunnleggende behovene som er med på å bidra til at den palliative pasienten får god omsorg.

Helsedirektoratet (2013) skriver at prinsippene i palliasjon handler om at all helsepersonell spesielt innen sykehjem og sykehus skal kunne beherske grunnleggende palliasjon. Grunnleggende palliasjon går ut på blant annet å kartlegge pasientens symptomer og plager. Det er også viktig at helsepersonell gir informasjon til pasient og pårørende, samtidig som sorgarbeid og oppfølging av etterlatte er sentralt. Symptomlindring, terminal pleie og dokumentasjon er også viktige faktorer som går inn under palliasjon. Målet er at pasienten skal få best mulig symptomlindring og økt livskvalitet (Helsedirektoratet, 2013).

Palliasjon kjennetegnes ofte som et døgkontinuerlig pleiebehov. Prinsippene for organisering er mange, og vi kommer til å ta med litt om de mest sentrale prinsippene. Palliativt team og palliativ enhet er et tjenestetilbud med spesiell kompetanse innenfor palliasjon. Den palliative behandlingen skal også være fleksibel, rask tilgjengelig og ha en klar ansvars plassering. Organisering av palliative tjenester innebærer ikke bare hjemmetjenesten, men også sykehjems- og sykehusbehandling. Det krever helhetlig tenking og fleksible systemer for en slik type organisering. Organiseringen skal være en samhandling mellom de ulike aktørene og dette kan sikres ved blant annet bruk av individuell plan eller gjennom råd og veiledning fra det palliative teamet (Den norske legeförening, 2004).

Vi nevnte tidligere at vi skulle bruke de 10 domene som er utviklet av Nyrønning & Wille (2012). Hvert domene tar for seg et mål og vi har derfor valgt å legge inn tabellen slik de

hadde laget den. Disse domene tenker vi går mye på de grunnleggende behovene til den palliative pasienten. Derfor har vi valgt å bruke disse videre inn i oppgaven. Vi kommer ikke til å ta for oss teori rundt alle, men vi kommer til å knytte dem opp til caset underveis. Se tabell 1.

Domene	Mål
Kommunikasjon med pasient og pårørende	Pasient og pårørende er forberedt på at livet går mot slutten
Åndelige/ eksistensielle behov	Pasienten blir ivaretatt på sine eksistensielle og åndelige behov
Smerter	Pasienten er sikret god smertelindring
Kvalme	Pasienten er best mulig kvalmelindret
Angst, uro og delirium	Pasienten er mest mulig rolig og avslappet
Pustebesvær og ralling	Pasienten opplever at pustebesvær lindres
Munntørighet, ernæring og væsketilførsel	Pasienten har en fuktig og ren munnhule
Eliminasjon	Pasienten opplever minst mulig ubehag knyttet til eliminasjon
Sengeleie	Pasienten har et godt leie i sengen og unngår trykksår
Når døden inntreffer ritualer	Pårørende er inkludert og ivaretatt

Tabell 1: Oversikt over de 10 domene utarbeidet av Nyrønning og Wille (2012)

5.0 Hvordan kan vi som sykepleiere sikre god palliativ omsorg til sykehjemspasienten?

Vi skal her gå videre inn på caset og drøfte hvordan vi kan ivareta Olga og døtrene. Her kommer vi mer inn på sykepleierteoretikerne og forskning. Vi har valgt å bruke de tre aspektene til Martinsen som overskrifter da hennes teori spiller en viktig rolle for oppgaven vår. Vi skal også gå nærmere inn på caset hvor Olga som er 78 år gammel har fått plass sykehjemmet. Olga er sengeliggende, og døtrene er forberedt på at det går mot slutten.

5.1 Det relasjonelle aspekt

For å skape trygghet og tillit spiller relasjonen mellom pasient og sykepleier en viktig rolle. Kari Martinsen sier i sin omsorgsteori at det er viktig å skape et godt sykepleier og pasientforhold. Da er åpenhet og nærhet sentralt i denne relasjonen. Hun mener at sykepleierne har et ekstra ansvar for alvorlig syke eller døende pasienter (Kirkevold, 2006). Husebø & Husebø (2001) sier at vi kan bygge opp en god relasjon ved å skape tillit og trygghet. Dette kan vi gjøre ved at vi lytter til pasienten og svarer på spørsmålene de lurer på. Ut fra praksiserfaring har vi sett at det å skape et godt forhold og en god relasjon til pasienten er av stor viktighet. Når du får god relasjon bygger det seg opp et tillitsbånd, noe vi tenker gjør at det er lettere å snakke om ting som pasienten synes er vanskelig. Vi har opplevd at mange har et anstrengt forhold til døden, og det oppleves som et veldig "tabu" tema å prate om. Vi ser derfor viktigheten i at sykepleiere er åpne for å prate om dette og tilbyr samtaler i pasientens tempo. Derfor mener vi at det er viktig med gode tilnæringsmåter og kommunikasjon. Hvis vi kommuniserer på en rolig og lyttende måte i relasjonsbyggingen viser vi pasienten at vi ønsker å skape en relasjon. Hvis vi velger å kommunisere høyløst kan dette føre til at pasienten føler seg overkjørt. Så for at pasienten skal åpne seg opp for oss i relasjonen tenker vi at det er viktig å vite hvordan man skal opptre i kommunikasjonen.

Hvis vi da ser tilbake på pasienten i caset. Vi tenker at i vår rolle som sykepleieren til Olga har kommunikasjonen mye å si på det å opprette et tillitsbånd og en relasjon. Dette mener vi er ikke bare viktig i forhold til Olga, men også til hennes to døtre. Vi er derfor enige i Martinsens teori om at vi må skape et godt sykepleier og pasientforhold. Dette mener vi videre at kan ha en positiv effekt i forhold til trygghet og tillit. På en annen side kan det være vanskelig også for det kan oppleves for nært i jobben som sykepleier. Du vet at Olga er i

livets slutfase og det i seg selv er jo trist. Vi mener derfor at det her er viktig å være affektbevisste. Eide & Eide (2012) skriver at affektbevissthet handler om å akseptere egne følelser. Dette mener vi er viktig å tenke over i slike situasjoner, da det er et sårt tema hvor vi må legge følelsene våre til side for å opptre profesjonelt. I relasjonen med Olga og hennes døtre vil vi etter hvert bli kjent med dem. Da tenker vi at det å ha kontroll på følelsene våre er viktig. Olga blir bare dårligere, og det å se en person du har blitt kjent med gå mot slutten er vondt for de fleste. Vi mener derfor at for å ha kontroll på følelsene må vi være affektbeviste. Vi må akseptere følelsene vi har. Samtidig må vi også tenke at det er vi som skal ta vare på Olga og døtrene. Derfor mener vi at relasjonen her blir profesjonell ikke personlig.

Bjørndal & Gjerberg (2007) sin studie viser at god smertelindring, trygghet, ivaretagelse og respekt av pårørende er viktig. Pleierne som ble intervjuet sier også at gode observasjoner og dokumentasjon er viktig. De sier videre personalet skal ha god kompetanse innen smertelindring og kontinuitet. Det er også viktig at pasienten ikke skal være alene den siste tiden av livet. Her får vi sett hva pleierne på sykehjem mener er viktig. Ut fra praksiserfaring har vi sett situasjoner hvor den døende pasienten var mye alene. Vi har også hatt erfaring om at når pårørende ikke har hatt mulighet til å være så mye til stedet har personell prioritert å sitte inne hos pasienten i den palliative fasen. Vi tenker at dette har mye å si i relasjonen mellom Olga og sykepleieren. Dette fordi at Olga trenger å oppleve kontinuitet for å bygge en relasjon til pleieren. Hvis mange forskjellige pleiere går inn til Olga kan det bli vanskelig for henne å forholde seg til alle. Da mener vi er det bedre hvis fast personal går inn. Dette spesielt fordi hun nå ligger på det siste, og for å skape tillit og trygghet i relasjonen mener vi det er viktig å prioritere kontinuitet. På en annen side tenker vi at kontinuitet er lettere å utføre på sykehjem, enn på sykehus eller i hjemmesykepleien. Vi har opplevd i praksis at sykehjemsavdelinger ofte har fast personal i tillegg til noen ekstravakter. Da tenker vi at det å gi Olga kontinuitet er lettere her. Vi har også opplevd at det er mer tilrettelagt for relasjonsbygging mellom pasient og pleier på en avdeling med fast personell.

Vi mener videre at det er viktig å prioritere å være inne hos Olga når døtrene trenger en pause. Noen pasienter er kanskje uten pårørende. Da tenker vi at det er vårt ansvar å sørge for at den døende får god oppfølging og ikke blir liggende alene. Her kan det også oppstå misforståelser. En situasjon vi opplevde i praksis var at pårørende gikk mye ut av rommet og ikke ville sitte inne hos den døende pasienten. Når det ble spurt hvorfor, svarte de at pleierne

hadde sagt at pasienten trengte ro og hvile. Vi tenker da at det mentes slik at pårørende ikke skulle sitte inne hos pasienten å lage mye støy. Heller være rolig, sitte ved sengekanten og holde hånden. Dette kan det være at pleieren mente. Pårørende hadde da misforstått det som ble sagt, noe som hadde til konsekvens at pasienten var mye alene i den siste tiden. Dette er noe vi mener kunne blitt unngått hadde pleierne forklart og gitt bedre informasjon til pårørende. Vi tenker at det her er bedre at vi dobbeltsjekker om pårørende har forstått den informasjonen som blir gitt. Fra erfaring har vi sett at det er en vanskelig situasjon for dem å se noen de er glad i ligge på det siste. Da er det nok ikke alltid at de klarer å ta innover seg informasjonen som blir gitt. Vi tenker derfor at vår rolle i relasjonen blir her å passe på at de forstår hva som er blitt sagt og at informasjonen gis i deres tempo. Som vi ser i Kap. 3 § 1 i Pasient – og brukerrettighetsloven (2015) har pasienten rett til å motta nødvendig informasjon. Ut i fra dette mener vi at det er vår jobb å gi god informasjon til Olga og hennes to døtre slik at de får innsikt i situasjonen. Vi mener at nødvendig informasjon er viktig i relasjonen mellom sykepleieren, Olga og døtrene hennes.

Carlenius (2008) skriver i sin bok «Omsorg ved livets slutt» om møter med pasienter og pårørende fra Hospice Lovisenberg i Oslo hvor hun jobber som sykepleier. Dette er en avdeling for alvorlig syke og døende pasienter. Etter å ha lest boken var det særlig en historie som satte sitt preg på oss. Denne ønsker vi å skrive kort om. I historien møter du Grete som ikke er vant til å snakke om tanker og følelser til tross for at hun er både en åpen og sosial dame. I møte med døden er pasienten ofte sårbar og kan oppleve følelsesmessig smerter og angst. Vi kan vise at vi er tilstede og vi må forsøke å se personens behov og grenser. Forfatteren skriver videre at mange kan oppleve et tilbud om vår tilstedeværelse som godt, mens andre som vanskelig. Grete begynte flere ganger å gråte når noen spurte henne hvordan det gikk med henne. Etter hvert kom det frem at hun hadde slitt med søvnproblemer, angst og depresjon. Dette hadde hun holdt skjult for sine nære (Carlenius 2008). Vi mener at den beskriver så godt hvor viktig det er å skape en god relasjon til Olga som i denne oppgaven er vår pasient. Vi kan forestille oss at det kanskje kan være vanskelig for Olga å vise følelser når hun ligger på det siste. Her tenker vi at mange holder tankene sine for seg selv og ikke ønsker å prate om det. En god relasjon tenker vi kan hjelpe Olga til å åpne seg opp for oss. Dette mener vi kan gjøre det lettere for henne å prate om det som plager henne eller om tankene hun sitter med.

Husebø & Husebø (2015) skriver at når noen skal dø må det legges til rette slik at pårørende og den som skal forlate livet får tid til å snakke sammen. De må få mulighet til å trøste hverandre og kanskje snakke om ting som aldri er blitt snakket om. Åpenheten og refleksjoner omkring døden og forandringer i livet kan være vidt forskjellig og dette må vi som sykepleiere være oppmerksomme på. Om noen lukker seg for videre samtale må vi vente til neste samtale med å få svar på spørsmål som er uavklarte. Om vi ikke respekterer dette kan relasjonen bli vanskelig, og vonde situasjoner og minner om livets siste fase oppstå (Husebø & Husebø, 2015). Vi mener at i slike sårbare situasjoner må vi sette av tid til å sette oss ned med Olga og døtrene. Her tenker vi at det er viktig å lytte til det de har å si og at de er ”ledere” av samtalen. Videre mener vi at spørsmål som ”er det noe spesielt dere ønsker å prate om?” kan stilles. På en annen side må vi også respektere at døtrene kanskje også ønsker tid for seg selv sammen med moren sin som de nå skal ta farvel med. Det å ivareta deres gode relasjonen mener vi også at er viktig. Dette tenker vi kan gjøre at de siste dagene og timene kan oppleves som en fin tid sammen.

Som vi nå har sett i relasjonen mellom sykepleieren og Olga er det mange faktorer som spiller inn på hva som er det beste for Olga. Vi kom frem til at i en relasjon ligger trygghet og tillit veldig sentralt for at Olga skal føle seg sett og hørt. Det er også viktig at vi ikke glemmer relasjonen mellom sykepleieren og Olgas to døtre. I relasjonsoppbyggingen kom vi også frem til at kontinuitet er viktig. Dette fordi at det ikke skal komme mange ukjente pleiere inn til Olga når hun ligger på det siste. Vi tenker det er bedre at hun har noen faste som jobber på avdelingen og kikker inn til henne, tilbyr samtaler og støtte. Informasjon er også noe som er viktig i relasjonen. Som vi har sett et eksempel på kan feil informasjon eller informasjon som blir misforstått gi konsekvenser for både Olga og døtrene. Det er ikke bare viktig å skape god relasjon til Olga og døtrene, men vi har også sett at det å bevare den gode relasjonen de har til hverandre er også viktig.

5.2 Det moralske aspekt

Det moralske aspekt sier noe om makt og avhengighet og moralsk bruk av denne i utførelsen av sykepleien. Kari Martinsen sier videre at moralen funderes i kjærligheten, det vil si handlinger til den andres beste. Martinsen sier også i sin teori at uten omsorg har mennesket lite verdi, og at omsorg beskrives som forholdet mellom to mennesker. Hun legger vekt på at

for å få et godt sykepleier- pasientforhold må åpenhet og nærhet være sentralt. Den som utøver omsorgen skal gjøre dette på empatisk måte. Martinsen mener at sykepleierne har et ekstra ansvar for de svakeste som døende pasienter. Det er viktig og faglig vurdere hva som er pasientens beste og sørge for god kvalitet. Dette ved å kjenne pasientens sykdomsbilde (Kirkevold, 2006). Vi tenker at omsorg og verdighet er nøkkelordene for å gi pasienten en god palliativ pleie.

Det å gi god omsorg til døende pasienter tenker vi har stor betydning for pasienten. Det er her verdt å nevne at mange pasienter ikke alltid har så mange pårørende rundt seg, og da mener vi at vår rolle i det å gi god omsorg er viktig. Vi er enige med Martinsens teori om at vi har et ekstra ansvar for de svakeste. Olga er heldig som har to døtre som passer på henne. For å yte god omsorg til Olga må vi kjenne til hennes sykdomsbilde. Her tenker vi at god dokumentasjon er viktig. Døtrene hennes er også en god ressurs til informasjon. Hvis de trenger en luftetur ut kan vi tilby å sitte inne hos moren deres. Her spiller også tid en stor rolle, men dette er noe vi mener må prioriteres. I Verdighetsgarantien står det at vi skal gi lindrende behandling og sørge for at pasienten får en verdig død (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011). Det at sykepleieren skal gi god omsorg til pasienten mener vi er med på å bidra til en verdig avslutning på livet.

Olga har nettopp fått langtidsplass på sykehjemmet. Siden hun den siste tiden har blitt dårligere tenker vi at det nå kan være en trygghet for Olga å ha pleiere rundt seg hele døgnet. På den andre siden kan hun også føle utrygghet hvis det er mange nye pleiere og lite kontinuitet. Hun har levd hjemme og klart seg selv hele livet slik at denne overgangen kan for henne oppleves som veldig stor. Dette er viktig at vi har i tankene. Vi tenker at ved omsorg for den døende må vi også sørge for at pleien ikke bare blir ren rutine, og vi må huske på at hver enkelt pasientsituasjon er enestående. Dette gjelder også i vårt møte med Olga. I praksis har vi sett varierende holdninger. Vi har møtt pleiere som snakker over hodet på pasienten og lytter lite til personens ønsker. Derfor mener vi det er viktig å se på Olga som en pasient og ikke en pasientgruppe. Dette tenker vi kan hjelpe oss til å se hva Olga sine behov egentlig er og da igjen ivareta disse.

I artikkelen «*Jeg vil ikke la henne dø alene*» av Bergsagel (2015) blir det fortalt om en historie mellom en sykepleierstudent og den døende pasienten. Pasienten slet mye med

dødsangst og hadde vært terminal i to dager. Studenten spurte om det kunne leies inn fastvakt siden pasienten ble bare dårligere. Svaret hun fikk var at det ikke var nødvendig og det endte opp med at studenten satt inne hos pasienten selv. Artikkelen tar også utgangspunkt i holdninger, verdier, økonomi og etikk. Vi forstår veldig godt at dette var følelsesmessig en tung opplevelse for denne studenten. Samtidig ser vi godt at økonomi er en stor utfordring når slike hendelser skjer. Videre kan vi da stille spørsmålet; Skal økonomi vinne over omsorg og kjærlighet? Dette strider mot Martinsens teori i at alt av handlinger som utføres skal være til pasientens beste. Det er jo ikke til pasientens beste å ligge alene. Vi har diskutert tidligere at når Olga sine døtre trenger en pause skal vi prioritere å overta for dem. Vi skjønner at dette ikke alltid er mulig, men vi mener at det i aller høyeste grad alltid bør være mulig. Videre mener vi at dette har mye å si på holdningene sykepleieren og annet helsepersonell har til pasienten. I artikkelen til Bergsagel (2015) kom det også frem at pleierne ikke synes pasienten var døende nok. Vår første tanke var; er det virkelig sant?. Vi mener at når de er pleierne som jobber med pasienter på sykehjem må du kjenne til symptomer på når pasienten er døende. Her tenker vi at dårlige holdninger spiller inn på om pasienten får den gode omsorgen og verdigheten vedkommende både fortjener og trenger.

Videre tenker vi også at Verdighetsgarantien burde hjelpe pasienten til nettopp det å oppleve en verdig død. Som vi har skrevet tidligere skal denne bidra til å gi lindrende behandling, faglig forsvarlig oppfølging og en verdig død (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011). Spørsmålet er da om helsepersonell kjenner til denne? Det gjorde ikke vi før vi skulle begynne å skrive denne oppgaven. Vi mener at denne burde komme tydeligere frem i eldreomsorgen, og at alle som jobber på sykehjem og i helsetjenester burde kjenne til denne. Hvis vi tenker tilbake på artikkelen til Bergsagel (2015). I den hendelsen var det som om pleierne unntatt sykepleiestudenten ikke var på pasientens side. Vi tenker derfor at Verdighetsgarantien burde blitt tatt opp. Den tas opp i artikkelen, men vi mener at studenten kunne vist til denne i diskusjonen med pleierne. Da er det jo ikke sikkert de kunne sagt i mot, og det kunne igjen resultert i at de hadde leid inn fastvakt til pasienten som var døende. Hvis vi nå tenker på Olga. For at hun skal få god palliativ omsorg mener vi er at denne Verdighetsgarantien spiller en stor rolle for at hun skal oppleve verdighet ved livets slutt. Dette gjelder ikke bare for Olga, men også for hennes to døtre. Hvis de ser at hun får god oppfølging og lindrende behandling tenker vi at dette kan hjelpe dem til å se at handlingene våre gjøres ut i fra hva som er det beste for Olga. Dette tenker vi kan bidra til at døtrene føler at moren blir sett og at de da kan få en fin siste tid sammen med moren sin.

Som vi nå har sett spiller omsorg og moral en viktig rolle for at Olga skal få en lindrende palliativ behandling og en verdig avslutning på livet sitt. Vi ser også hvor stor betydning det har å si hvilke holdninger pleierne har til pasienten. Her mener vi at sykepleieren skal sørge for god oppfølging av Olga og vi må kjenne godt til sykdomsbilde hennes. Videre må vi følge opp med god dokumentasjon slik at vi da ser når hun blir dårligere. Klarer ikke døtrene å være der lengre må vi sørge for at det blir opprettet en fastvaktordning. Dette ser vi på som vårt ansvar. Vi mener at vi heller aldri må glemme det Martinsen sier om at handlingene våre skal alltid være til pasientens beste.

5.3 Det praktiske aspekt

Kari Martinsen sier at konkrete handlinger skal gjøres ut i fra hva som er til det beste for pasienten (Kirkevold, 2006). Som vi ser i sykepleieteorien til Henderson legges det vekt på at alle mennesker har sine grunnleggende behov. Ivaretagelse av disse behovene er derfor viktig for at pasienten skal oppleve en verdig død. Henderson mener også ut i fra sin teori at vi som sykepleiere skal sørge for at pasienten får en verdig død (Kirkevold, 2006). Hauge (2010) skriver at sykepleiere har et ansvar for at den eldre pasientens grunnleggende behov blir dekket. Dette er like viktig når pasienten er i den palliative fasen. Vi skal nå se mer på domeneene og knytte dem opp til Henderson sin teori om sykepleiens grunnleggende funksjoner.

Vi nevnte tidligere at mange opplever dødsralling som et symptom eller en plage. Husebø & Husebø (2001) skriver at dødsralling er et symptom de siste timene av livet til pasienten. Dødsralling oppstår ofte når pasienten har redusert bevissthet. Videre skriver forfatterne at tiltak vi kan gjøre er å gi medisiner, sørge for at hodeenden er hevet bakover og at pasienten vendes ca. hver 4. time. Puter er også til hjelp. Vi tenker at det er viktig å hjelpe til hvis dette er noe Olga opplever. Fra praksis har vi sett at dødsralling er en høy respirasjonslyd. Vi har også hørt at dette ikke skal være ubehagelig for pasienten å oppleve, men kanskje verre for pårørende. Dette er jo ofte et symptom som oppstår i de siste timene, og det er kanskje da det oppleves som viktigst for døtrene å sitte inne hos Olga. Vi tenker derfor at vi må bidra til å gjøre det vi kan for at det ikke skal oppleves som ubehagelig for dem å være hos moren sin. En annen ting vi også tenker vi kan gjøre for Olga er å informere døtrene om hva denne

respirasjonslyden er. Det kan jo høres ut som moren ligger og har det vondt, og da tenker vi at dette kan oppleves som noen vonde timer for døtrene. Slik at hvis vi forteller hva dødsralling er og at pasienter ikke alltid opplever det som veldig ubehagelig siden de ofte da er reduserte i bevisstheten.

Videre er det viktig at vi i samarbeid med lege passer på at Olga er godt smertelindret. Nyrønning & Wille (2012) sier at et av målene er at pasienten skal oppleve god smertelindring og at pustebesvær lindres. Henderson sier i sin behovsteori at vi som sykepleiere skal hjelpe til med å lette pasientens respirasjon (Kirkevold, 2006). Dette kan vi gjøre ved å gi Olga de rette medikamenter som er forordnet av lege og ved riktig sengeleie, slik som heving av hodeenden. På en annen side kan dette være en utfordring da det ikke alltid er at medikamentene gir god nok virkning eller at situasjonen utarter seg som forventet. Da kan lidelsene bli store, og Olga kan oppleve ubehag. Som sykepleier tenker vi at det da blir vår oppgave å ha gode og kontinuerlige observasjoner, samtidig som vi skal sørge for riktig dokumentasjon. Vi har sett fra erfaringer i praksis at det har vært god oppfølging av palliative pasienter og dette er noe vi kommer til å ta med oss videre. Ved tiltak for å dokumentere Olgas smerter sier Nyrønning & Wille (2012) at vi kan bruke en smerteskala hvor Olga skal selv vurdere smerten. Dette kan på en annen side bli vanskelig når hun ligger på det siste. Vi tenker derfor at vi må være flinke til å observere og se etter tegn som viser at hun kan ha det vondt. Fra erfaring kan dette være rykninger i panna eller at pasienten lager lyder som tyder på at personen har vondt.

Munnstell er også et viktig grunnleggende behov for pasienter i den palliative fasen. Nyrønning og Wille (2012) sier at målet her er at pasienten skal oppleve en ren og fuktig munnhule. Jørstad og Trier (2014) skriver i sin artikkel at hos døende pasienter er pårørende her en viktig ressurs. Det å hjelpe til med å fukte munnen til den døende pasienten kan oppleves som en meningsfull handling. Dette er også med på å lindre munntørrhet og tørste. Vi tenker derfor at dette er med på å hjelpe pårørende til å føle at de gjør noe nyttig for pasienten. Fra praksis har vi erfart at mange opplever det å se deres nærmeste lide og de kan føle seg maktesløse. Noen tror at når pasienten slutter å få intravenøs væske og ikke tar til seg ernæring kan dette oppleves som vondt for pasienten og at de derfor blir veldig tørste. Vi har lært i praksis at pasientens tørstefølelse ofte blir nedsatt, og vi tenker at dette derfor er viktig at vi informerer pårørende om. I Olgas situasjon hvor døtrene sitter inne hos henne

kontinuerlig kan fuktig av munn være meningsfullt og viktig. Husebø & Husebø (2001) sier at munnstell er noe av det viktigste vi kan gjøre for pasienten. Dette tenker vi også er med på å skape verdighet og velbehag hos pasienten. På en annen side kan døtrene føle at de går over en intim grense, derfor er det veldig viktig at de ikke føler noe press med å fukte munnen til moren sin. Vi mener at vi da må spørre og høre hva døtrene selv ønsker å bidra til for Olga. Noen kan føle det som uverdigg, mens andre igjen tenker vi kan føle at det er verdigg å fukte munnen.

Det gode stellet er også noe vi har valgt å ta med under grunnleggende behov. Vi har selv opplevd at den døende pasienten ofte kan bli klam og svett når personen ligger på det siste. Henderson sier i sin teori at det er viktig å tilrettelegge slik at pasienten beholder sin hygiene med vask av kropp. Hun sier også at det er viktig å beskytte slimhinner og hud. (Kirkevold, 2006). Vi vet at det kan ha mye å si for både Olga og døtrene at vi kommer inn og forsiktig steller henne. Her trenger vi ikke gi et fullt stell, men gjøre det nødvendigste som bleieskift og vaske kroppen med en fuktig klut. På en annen side tenker vi at her må vi ikke bare buse inn. Vi må opptre rolig, og ikke prate for mye. Vi har praksiserfaringer fra å ha vært med inn til en pasient i den palliative fasen for å gi stell. Vi husker at pårørende satte stor pris på at vi kom inn og stellet, og vi kommuniserte med at vi pratet rolig.

Olga er sengeliggende. Det er da viktig at vi tenker på sengeleie slik at hun ikke skal oppleve ubehag. Nyrønning & Wille (2012) skriver at et godt leie i sengen har mye å si for at pasienten skal oppleve behag og unngå trykksår. Henderson skriver også i sin teori at vi skal hjelpe immobile pasienter til å skifte stilling (Kirkevold, 2006). Vi er enig i denne teorien og mener dette er viktig for å forbygge trykksår hos Olga. Ut fra erfaring har vi opplevd at pleierne vi har møtt i praksis har vært veldig flinke til dette. Puter og gode madrasser ble brukt, og de har vist oss viktigheten av å forflytte døende pasienter så rolig og forsiktig som mulig. Dette må vi ha kunnskap om, samtidig som vi tenker det er noe vi må lære videre til andre. Vi tenker at det å opptre rolig og forsiktig har veldig mye å si når Olga er i den palliative fasen. På en annen side er dette også noe vi tror døtrene legger merke til.

Henderson mener i sin teori at vi som sykepleiere skal hjelpe pasienten med eliminasjon. Hjort (2010) skriver at urinmengden skal observeres og kateterisering må tas opp til vurdering. Avføringsmidler kan også bli nødvendig. Nyrønning & Wille (2012) sier at målet

med eliminasjon er at pasienten skal oppleve minst mulig ubehag. I og med at Olga har innlagt kateter blir det derfor viktig at vi registrerer og observerer urinmengden. Fra praksiserfaring har vi sett at når pasienten ligger på det siste blir det ofte klamt og kan føles ubehagelig i underlivet. Vi mener at det derfor blir viktig å utføre daglig vask nedentil slik at pasienten skal føle velvære og minst mulig ubehag. Velvære har også mye å si for verdigheten, noe vi tenker kan være med å bidra til en verdig død.

Ut i fra praksis har vi erfart at mange som er i en døende fase opplever etter hvert angst og uro. Vi må derfor finne hva som er årsaken til angsten og kartlegge om det for eksempel skyldes sykdomsutviklingen. Den beste behandlingen for å dempe angsten kan være å prate om problemene pasienten opplever (Husebø & Husebø, 2001). Vi må derfor tilby samtaler rundt dette temaet. I Verdighetsgarantien står det at vi skal tilby samtaler om eksistensielle spørsmål (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011). På en annen side har vi også et ansvar for å observere hvordan Olga takler situasjonen. Fra praksiserfaring har vi sett at det er individuelt og vi vet at alle kan takle sykdom forskjellig. En utfordring her kan være at Olga kanskje er redd, men vil ikke vise det til oss. Da kommer også tillit og god relasjon inn i bildet, noe vi har diskutert tidligere er viktig for at pasienten skal føle seg trygg.

Vi skal nå se videre på de eksistensielle og åndelige behov som Olga kan ha. Olga er 78 år, og hun er kanskje oppvokst med sin barnetro. Vi tenker da at det kan være sentralt å prate med døtrene om dette. Strøm (1997) skriver at eksistensielle behov handler om hva som er meningen med liv og død. Nyrønning & Wille (2012) skriver at det er viktig at disse åndelige behovene blir ivaretatt. I Henderson sin teori sier hun at pasienten skal ha muligheten til å dyrke sin religion og tro (Kirkevold, 2006). Vi mener derfor at dette er et tema vi bør prate med døtrene om. Det å få prate med en prest for eksempel kan være med på å gjøre at pasienten og pårørende blir tryggere i situasjonen de nå står ovenfor. På en annen side så er situasjonen veldig privat og personlig noe som kan føre til at pasienten kanskje ikke føler seg ”god nok” i forhold til praktisering av religion gjennom livet. Det er derfor greit om vi prater åpent med pasienten eller pårørende om dette kan være et relevant tilbud.

Som vi nå har sett er det mange praktiske handlinger vi kan hjelpe Olga med å utføre. Vi har sett på grunnleggende behov til Olga og knyttet det opp mot erfaringer og teori. Her ser vi helt klart viktigheten av å ivareta disse på best mulig måte. Alle behovene er like viktige og vi har

sett at munnstell, smertelindring, og det gode stell er blant annet noe av det vi kan bidra med til Olga. Vi har også snakket om åndelige og eksistensielle behov hvor vi tenker det viktigste vi kan gjøre er å tilby samtaler rundt dette, samtidig som vi kan kontakte prest om dette er ønskelig. Vi må også sørge for å forbygge trykksår og gjøre at Olga har en behagelig liggestilling. Ut fra erfaring blir det ofte brukt puter til å legge under armer og ben, samtidig som pasienten snus ofte. Dette er tiltak som er relevante for Olga siden hun er sengeliggende.

5.4 Organisering

Her skal vi komme mer inn på organiseringen av palliative enheter, ufaglært personell og se mer på samhandlingsreformen. Vi skal også se på LCP som et verktøy.

Steindal & Sørbye (2010) skriver i sin forskning at det ofte tyder på manglende kompetanse og språkproblemer hos pleierne som jobber i sykehjem. Studien de gjorde forteller oss at pårørendes forventninger til pleiepersonalet er gode egenskaper, kompetanse og kommunikasjon. Ut fra vår praksiserfaring har vi sett at det er mye ufaglært personell i sykehjem. Mange har ikke vært bort i palliativ omsorg før og mangler kompetanse rundt dette området. Vi tenker at dette kan føre til mange negative situasjoner som utrygghet hos både pårørende og pasienten. Pleieren kan jo selv bli usikker i omsorgsrollen på grunn av manglende kunnskap og erfaring. Vi mener videre at dette kan gå ut over pasienten. Det kan føre til dårlig kommunikasjon med pårørende og de kan oppleve at de ikke får svar på spørsmålene sine. Vi tenker at spørsmålet her er om vi i sykepleierrollen har ansvar for å lære opp de ufaglærte? Dette er noe vi ikke føler vi har, men samtidig lærer vi jo bort kunnskapen vi har underveis som situasjoner oppstår. I praksis har vi erfart at sykepleiere ofte har mye å gjøre, og da blir det ikke en enkel oppgave for oss å lære opp ufaglærte i tillegg.

Hvis vi ser i Helsepersonelloven (2015) Kap. 2 § 4 forventes det at vi som helsepersonell skal utføre arbeidet vårt i krav med den forsvarligheten og omsorgen som forventes av oss ut fra kompetansen vi har. Som vi har diskutert litt tidligere ansettes det mange ufaglærte og dette går ut over kvaliteten. En erfaring fra praksis er at mange av dem som ansettes uten riktig kompetanse har ikke alltid sett på de lover og retningslinjene som forventes av dem som helsepersonell. Vi har møtt flere som er ufaglærte i praksis, og da har vi sett at manglende

kunnskap og forsvarlighet er en stor utfordring. Dette tenker vi kan gå ut over pasientens sikkerhet, samtidig som manglende forsvarlighet kan utsette pasienten for fare.

En undersøkelse viser manglende rutiner for tverrfaglig samarbeid hos pasienter som er i den palliative fasen. Dette er en fagartikkel vi fant, og den konkluderer med anbefaling om opprettelse av palliative team. Dette for å styrke behandlingen hos den palliative pasienten (Erslund, m.fl. 2002). Hall m.fl. (2011) skriver i sin forskningsartikkel at tverrfaglig team er viktig, og at vi som sykepleiere må ha et godt samarbeid med legen. Den sier også noe om egne avdelinger for palliativ pleie i sykehjem. Legeforeningen (2004) sier at palliativ team og en palliativ enhet er et tjenestetilbud som har en spesiell kompetanse innenfor palliasjon. Ut i fra forskning og praksiserfaring har vi sett at det er manglende kompetanse hos helsepersonell som jobber med palliative pasienter. Vi mener at det å ha palliative team gir en mye bedre behandling og større tilbud til pasienten. Vi har sett fra praksiserfaring at de forskjellige yrkesgruppene utfyller hverandre på en god måte. Selv har vi erfaring fra samarbeidet mellom sykepleier, lege og hjelpepleier. Da har vi sett at det er legen som forordner medikamenter og sørger for at pasienten er godt smertelindret. Sykepleieren og hjelpepleieren er de som står nær pasienten og utfører det grunnleggende stellet. Vi mener derfor at det er viktig å ha fokus på det tverrfaglige samarbeidet og at det kan ha mye å si for den palliative omsorgen vi gir pasienten. Videre tenker vi at fokus på spesiell kompetanse innenfor palliasjon burde komme mer frem i helseforetakene. Palliativ enhet på sykehjem er noe som kunne vært en god løsning.

Vi skal nå se på samhandlingsreformen som ble innført 1. Januar 2012 der målet er at alle skal få et bedre helsetilbud (Helse- og omsorgsdepartementet, 2014). I punkt 6.4.2 i stortingsmeldingen står det at lindrende palliativ behandling innebærer tjenester som gir pleie, omsorg og en aktiv behandling for pasienter i livets slutfase. Målet er at pasienten og pårørende skal oppleve best mulig livskvalitet. Det står videre at det skal organiseres palliative enheter som tilrettelegger for at personalet som jobber der skal ha høy faglig kompetanse. I punkt 6.4 legges det frem hvordan en palliativ enhet på Havstein sykehjem fungerer. Enheten på sykehjemmet tilbyr behandling, pleie og god omsorg til palliative pasienter og deres pårørende. Her er det tverrfaglige team fra sykehuset som underviser og gir dem økt kompetanse og kunnskap innen palliasjon. På dette sykehjemmet fungerer det

tverrfaglige samarbeidet godt, noe som fører til at pasienten får en best mulig palliativ behandling (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008-2009).

Olga har langtidsplass på sykehjem og er derfor ikke på en palliativ enhet. Som vi vet fra praksiserfaring er det ofte travelt på sykehjem og mye ufaglært personell. Vi tenker at sykehjemmet kanskje ikke kan gi den beste palliative behandlingen til Olga som en palliativ enhet kan tilby henne. Vi tenker at det faglige nivået innen kompetanse for palliasjon er høyere på en palliativ enhet. Det er da ikke sikkert at Olga har kommet til rett plass når hun nå har langtidsplass på sykehjemmet. I eksempelet fra Havstein sykehjem blir det tatt frem at de har økt grunnbemanning og deltar i undervisning. Dette mener vi er et godt eksempel god palliativ omsorg og ser at Olga i vår case gjerne skulle vært på en slik avdeling. Dette mener vi er fordi de kan gi en bedre tilrettelegging for hennes palliative behandling.

Chan & Webster (2011) presenterer i sin forskningsartikkel om verktøyet Liverpool Care Pathway. LCP er en tiltaksplan som er utviklet spesielt for behandling av døende pasienter. Resultatet viste at ved bruk av dette verktøyet følte pårørende at de ble bedre ivaretatt og fikk god informasjon fra pleierne underveis (Chan & Webster, 2011). Liverpool Care Pathway er både en dokumentasjonsmetode og en tiltaksplan som sikrer bedre omsorg til pasienter som er inne i sine siste dager og timer. Ved å bruke LCP til døende pasienter blir omsorg, pleie og behandling satt i system, og omsorgen blir mer kvalitetssikret (Abrahamsen m.fl., 2014). For oss var dette en tiltaksplan vi ikke har hørt om før, noe vi synes var litt rart da vi begge har praksiserfaring innen palliativ pleie i sykehjem og sykehus. Hos vår pasient Olga kan LCP være et godt verktøy å bruke da den skal bidra til å gi en god omsorg. Vi tenker at dette også kan hjelpe hennes døtre til å føle at de får tilstrekkelig nok informasjon og god oppfølging. LCP er et dokumentasjonssystem vi har lite kunnskap rundt, men etter å ha lest mer om det ser vi at dette kan være relevant for oss å bruke i fremtiden.

Så langt har vi sett at LCP er et positivt verktøy vi kan bruke. Hvis vi går tilbake til forskningsartikkelen til Chan & Webster (2013) viser resultatet i denne forskningen at det ikke utgjorde noen forskjell for pasienten da dette ble brukt. Det hadde større effekt på pårørende, enn det hadde for selve pasienten. Da kan vi jo spørre oss selv; Er det for pasienten eller pårørende vi skal bruke denne tiltaksplanen? Her kan vi se tilbake på Martinsens teori hvor hun sier at som sykepleier har vi et ekstra stort ansvar for alvorlig syke og døende

pasienter (Kirkevold, 2006). Vi tenker at dette forteller oss at vi skal være på Olga sin side og gjøre det som er det beste for henne. Hvis dette verktøyet ikke utgjør noe forskjell for pasienten som forskningen forteller oss at den ikke gjør, kan vi igjen spørre oss om dette er et godt verktøy å bruke og hvilke fordeler det kan ha for Olga. LCP er også et verktøy som krever mye ressurser, og da er igjen spørsmålet om det er verdt all denne ressursbruken så lenge pasienten ikke merker forskjell. På en annen side kommer det frem i forskningen at pårørende følte at pasienten fikk god oppfølging ved bruk av LCP tross for at resultatet viste at det ikke utgjorde noe forskjell.

Mange sykehjem i Norge sliter med å ha nok personell, og de blir pålagt å spare inn. Derfor er nok dette et glansbilde av palliativ pleie ved norsk sykehjem, selv om det er blitt større fokus på palliasjon etter hvert (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008-2009). Vi har diskutert mye rundt det med ufaglært personell. Da kan vi stille spørsmålet ”Er sykehjemmet et verdig sted å dø på når det er så stor grad av manglende kompetanse?”. Vi har sett på palliative enheter, og utviklingen av flere palliative enheter tenker vi er viktig i fremtiden. Vi mener også at vi må fokusere på økt kunnskap innen palliativ behandling for å sikre pasienten en verdig avslutning på livet.

7.0 Konklusjon

Vi har gjennom denne oppgaven fått mye ny kunnskap om et tema vi bare har blitt mer og mer interessert i, samtidig som vi ser viktigheten av å ha kompetanse innen palliasjon. Vi er enige med Virginia Henderson i det at vi må hjelpe den syke til å dekke dens behov. Samtidig er vi også enige med Kari Martinsen i at omsorg er viktig, og det å skape en god relasjon med pasienten spiller en stor rolle i sykepleieyrket. Vi mener at for å sikre Olga i å motta en god palliativ omsorg og behandling spiller både omsorg og grunnleggende behov en stor rolle. Gjennom denne litteraturstudien har vi sett at å sikre pasienten god palliativ omsorg er viktig i fremtiden, også med tanke på organiseringen. Vi tenker at løsningen kan være å fokusere på palliative enheter hvor det er høy kompetanse hos personalet. Vi har også sett nærmere på LCP, og dette er noe vi har kommet frem til at vi ønsker å bruke, også da i forhold til Olga. Selv om bruk av LCP viste lite forskjell hos pasienten, hadde den stor effekt hos pårørende. For å ivareta døtrene til Olga ønsker vi da å bruke LCP da dette er også med på å gi god oppfølging av Olga.

Vi har gjennom oppgaven sett på de 10 domeneene noe som vi også kommer til å ta med oss inn i fremtiden. Vi tenker at utviklingen av disse er både relevant og viktig for sykepleiere og ha kunnskap om. Når vi gikk gjennom hvert punkt i disse domeneene fant vi ut at alt dette gikk under grunnleggende behov. Siden vi da valgte å bruke Henderson som sier at vi må hjelpe pasienten med å ivareta de grunnleggende behovene dannet vi oss et klarere bilde av hva den palliative pasienten trenger hjelp til. Vi ser da at det blir vår jobb og hjelpe Olga til å ivareta disse behovene, og ved å gå gjennom hvert enkelt behov gjorde at vi tilegnet oss mer kunnskap rundt disse. Det er nettopp det vi ønsker med denne litteraturstudien. Vi ønsker at denne oppgaven skal bidra til større interesse og økt kunnskap til sykepleiere. Ofte jobber disse menneskene på sykehus, sykehjem og eller i hjemmesykepleien. En ting disse arbeidsplassene har til felles er at alle en eller annen gang møter den døende pasienten. Da mener vi igjen at det bør være høyere fokus på palliativ omsorg.

Vi valgte å ta utgangspunkt i Martinsens 3 aspekter. Vi har kommet frem til at vi må ha fokus på å bygge en god relasjon til Olga og hennes to døtre. Vi har sett at blant annet lytting, kommunikasjon og eksistensielle og åndelig behov har mye å si i denne relasjonsbyggingen. Samtidig mener vi at forståelse og omsorg må komme tydelig frem. Dette kan vi gjøre ved å tilby samtaler som vi nevnte tidligere og gi dem støtte og god oppfølging underveis. Vi har

også kommet fem til at vi må være flinke med å informere døtrene slik at de ikke er redde og tror at Olga har det vondt. Som vi har sett kan dette gjøre at det kan føre til vonde minner fra den siste tiden med moren sin. Vi så også på det moralske aspektet som viste oss viktigheten i omsorg og at handlingene skal baseres på moral og kjærlighet. Alle handlingene som utføres skal være til pasientens beste og ved å gå gjennom de grunnleggende behovene i det praktiske aspektet kom vi frem til flere tiltak for å gi Olga en god palliativ omsorg. Vi kom frem til at et godt munnstell og fukting av munn kan bidra til verdighet i den palliative fasen Olga nå er inne i. Vi kan også bidra med å gi et godt stell og vask nedentil. Lindring av respirasjonsplager er noe vi ser på som viktig. Vi må forebygge trykksår, lindre ubehag ved eliminasjon og sørge for at Olga er smertelindret. Vi har også sett at åndelige og eksistensielle behov er viktig å ivareta. Samtidig må vi hjelpe Olga hvis hun opplever angstplager. Vi tenker at det Olga og hennes pårørende trenger rundt seg er kontinuitet, trygghet og et tillitsbånd til sykepleieren.

Selv om vi i denne konklusjonen tenker det er ønskelig at Olga heller hadde vært på en palliativ enhet, må vi fokusere på at hun er på sykehjem og vi må gjøre det beste ut av situasjonen. Vi kom også frem til at et palliativ team med tverrfaglig kompetanse fungerer best i den palliative omsorgen. Det finnes både sykepleieteoretikere, forskning og litteratur som viser oss hva god palliativ omsorg innebærer. Det er disse vi må ta utgangspunkt i når vi skal utøve vår praksis. Vi har gjennom denne oppgaven lært mye og konklusjonen vår er at vi som sykepleiere må gjøre vårt beste for å sikre god palliativ omsorg til pasienter ved livets slutt. Ikke bare betyr det mye for pårørende, men også for pasienten for å få en verdig avslutning på sitt lange liv.

Litteraturliste

- * Abrahamsen, J., Edler-Woll, T., M., Elvestuen, I., L., MAndersson, A. & Paulsen, S., R. (2014). Lest 03. FEB. 2015 *Kvalitetssikrer omsorg til døende*. Oslo: Sykepleien. Lokalisert på <https://sykepleien.no/forskning/2014/05/kvalitetssikrer-omsorg-til-doende>
- * Bergsagel, I. (2015). Lest 27. FEB. 2015. - *Jeg ville ikke la henne dø alene*. Oslo: Sykepleien. Lokalisert på <https://sykepleien.no/2015/02/jeg-ville-ikke-la-henne-do-alene>
- * Bjørndal, A. & Gjerberg, E. Publisert 05. FEB. 2009. Lest 5. FEB. 2015. *Hva er en god død i sykehjem?* Oslo: Sykepleien. Lokalisert på <http://sykepleien.no/forskning/2009/03/hva-er-en-god-dod-i-sykehjem>
- * Carlenius, S. (2008). *Omsorg ved livets slutt. – Møter med pasienter og pårørende*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS
- * Chan, R., J. & Webster, J. Publisert 18. NOV. 2013. Lest 05. FEB. 2015. *End of life care pathways for improving outcomes in caring for the dying*. The Cochrane Library. Lokalisert på <http://onlinelibrary.wiley.com/store/10.1002/14651858.CD008006.pub3/asset/CD008006.pdf?v=1&t=i5fu6e&s=bd68f2c5c414a76b70719502b6046294779b36e4>
- Dalland, O. (2014). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. (5. utg.). Oslo: Gyldendal Akademiske.
- * Den norske legeforening. (2001). Lest 03. MAR. 2015. *Kapittel 6: Et liv med verdighet – til det siste*. Lokalisert på <http://legeforeningen.no/Emner/Andre-emner/Publikasjoner/Statusrapporter/statusrapport-om-situasjonen-i-helsetjenesten-nar-du-blir-gammel-og-ingen-vil-ha-deg/kapittel-6-et-liv-med-verdighet-til-det-siste/>
- * Den norske legeforening. (2004). Lest 04. FEB. 2015. *Standard for palliasjon*. Lokalisert på <http://legeforeningen.no/PageFiles/26901/standardforpalliasjon.pdf>
- Eide, H. & Eide, T. (2012). *Kommunikasjon i relasjoner: samhandling, konfliktløsning, etikk*. (2. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk
- * Ersland, A. L., Baranczyk, J., Norstrlm, K., Håvåg, G. S. & Bråtveit, B. (2002). Lest 10. FEB. *Bedre lindring med tverrfaglighet*. Oslo: Sykepleien. Lokalisert på <https://www.nsf.no/fagutvikling/fagartikkel/121755/bedre-lindring-med-tverrfaglighet>
- * Hall, S., Froggat, K., Higginson, I., J., Kolliakou, A., Petkova, H. Publisert 16. MAR. 2011. Lest 8. JAN. 2015. *Interventions for improving palliative care for older people in nursing homes*. The Cochrane Library. Lokalisert på

<http://onlinelibrary.wiley.com/store/10.1002/14651858.CD007132.pub2/asset/CD007132.pdf?v=1&t=i5fue08c&s=c26cdafb248bd6cd95264fb67518425df7d47c0c>

Hauge, S. (2010) *Sykepleie i sykehjem*. I Kirkevold, M. Brodtkorb, K. & Hylen Ranhoff, A. (Red). (2010) S. 219-236. *Geriatrisk sykepleie – God omsorg til den gamle pasienten*. (1. Utg.) Gyldendal Norsk Forlag

* Helsedirektoratet. (2013). Lest 04. FEB. 2015. *Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen*. Oslo: Helsedirektoratet. Lokalisert på

<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/387/nasjonalt-handlingsprogram-for-palliasjon-i-kreftomsorgen.pdf>

* Helse- og omsorgsdepartementet. (2008-2009). St.meld. nr. 47. *Samhandlingsreformen. Rett behandling - på rett sted – til rett tid*. Oslo: Departementet. Lokalisert på

<https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>

* Helse- og omsorgsdepartementet. (2011). *Forskrift om en verdig eldreomsorg (verdighetsgarantien)*. Oslo: Departementet. Lokalisert på

<https://www.regjeringen.no/nb/dokumenter/Forskrift-om-en-verdig-eldreomsorg-verdighetsgarantien/id624655/>

* Helse- og omsorgsdepartementet. (2014). *Samhandlingsreformen i kortversjon*. Oslo: Departementet. Lokalisert på <https://helsedirektoratet.no/samhandlingsreformen>

Helsepersonelloven, LOV-2015-02-06-8 Kap. 2. § 4. (2015).

Hjort, F. P (2010) *Pleie og omsorg ved livets slutt*. I Kirkevold, M. Brodtkorb, K & Hylen Ranhoff, A. (Red). (2010). S. 447-455. *Geriatrisk sykepleie- God omsorg til den gamle pasienten*. (1. utg.). Gyldendal Norsk Forlag.

Hummelvoll, J. K. (2006). *Helt - ikke stykkevis og delt: Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*. (6. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.

* Husebø, B. S. & Husebø S. (2001). *De siste dager og timer*. Oslo: Medlex Norsk Helseinformasjon

* Husebø, B. S & Husebø, S. (2015). *Omsorg ved livets slutt*. I Holm, M. S. & Husebø S. (Red) (2015). S. 21-38 *En verdig alderdom. Omsorg ved livets slutt*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS

Ilkjær, I. (2011) *Den døende pasienten*. S. 742-780. I Holter, M. H. & Mekki, T. E (Red). (2011.). *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie- sykepleieboken 1*. (4.utg.) Akribe AS.

- * Jørstad, C. & Trier, E., L. (2014). Lest: 05. FEB. 2015. *Munnstell av alvorlig syke*. Oslo: Sykepleien. Lokalisert på <https://sykepleien.no/forskning/2014/06/munnstell-av-alvorlig-syke>
- * Kirkevold, M. (2005). *Sykepleieteorier - analyse og evaluering*. (2.utg.). Gyldendal AS, Oslo.
- * Kirkevold, M. (2006). *Sykepleieteorier - analyse og evaluering*. (2.utg.). Gyldendal AS, Oslo.
- * Kunnskapssenteret. (2014). Lest 20. FEB. 2015. *Sjekklistor for kritisk vurdering av forskningsartikler*. Lokalisert på <http://www.kunnskapssenteret.no/verktoy/sjekklistor-for-vurdering-av-forskingsartikler>
- * Norsk sykepleieforbund. (2012). Lest 01. MAR. 2015. *Om sykepleie*. Oslo: Norsk sykepleieforbund. Lokalisert på <https://www.nsf.no/om-sykepleie/artikkelliste/1212765>
- Norsk sykepleieforbund. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Oslo: Norsk sykepleieforbund.
- Nordtvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L. V., & Reinart, L. M. (2014). *Jobb kunnskapsbasert! En arbeidsbok*. (5. utg.) Oslo: Akribe A/S.
- * Nyrønning, S. & Wille, I. Publisert i 2012. Lest 9. JAN. 2015. *Omsorg og behandling ved livets slutt i sykehjem*. Geriatrisk sykepleie. Lokalisert på http://sykepleien.no/sites/sykepleien.no/files/electronic-issues/articles/geriatrisk_omsorg_ved_livets_slutt_i_sykehjem.pdf
- Pasient- og brukerrettighetsloven, LOV-1999-07-02-63. Kap. 3. § 1. (2015).
- * Steindal, S., A. & Sørbye, L., Wergeland. Publisert 18. JUL. 2010. Lest 15. JAN. 2015. *Er sykehjemmet et verdig sted å dø?* Oslo: Sykepleien. Lokalisert på <http://sykepleien.no/forskning/2010/06/er-sykehjemmet-et-verdig-sted-do>
- * Strøm, B. (1997). *Åndelig omsorg ved livets slutt*. Hovedoppgave. Universitet i Oslo: Det medisinske Fakultet.
- * WHO. (2015). *Cancer. Palliative care*. World Health Organization. Lokalisert på <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>

Vedlegg 1

Databaser	Søkeord	Antall treff	Resultat
The Cochrane Library	"Palliative care nursing homes" "End-of-life care"	1 treff 91 treff	Fant to relevante forskningsartikler vi har valgt å bruke.
Ovid	"Palliative care nursing homes"	270 treff	Fant ingen relevant forskningsartikkel. Her slet vi med å få opp fulltekst på artiklene vi fant.
Cinahl	"End-of-life care" and "nursing homes"	353 treff	Vi slet også her med å få fulltekst
Svemed+	"Palliative pleie"	66 treff	Her fant vi en forskningsartikkel fra sykepleien som var relevant.
Sykepleien	"Palliativ pleie"	7 treff	Her fant vi to relevante forskningsartikler som vi valgte å bruke.