



Høgskolen i **Hedmark**

Høgskolen i Hedmark  
Avdeling Kongsvinger  
**4BACH**

**Kikki-Marie Sveum og Britt Melby Bjørgan**  
Anne H. With

**Helt inntil døden er det liv**

**Until death there is life**

Antall ord: 11 315

**BASY 2011**

**2014**

Samtykker til utlån hos biblioteket:

JA

NEI

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage:

JA

NEI

*«We cannot take away the whole hard thing that is happening, but we can help to bring the burden into manageable proportions».*

*(Ukjent)*

## Sammendrag

Etter at den nye samhandlingsreformen kom 1. januar 2012 har kommunene fått nye ansvarsområder. Behandlingstiden på sykehusene skal kortes ned og de syke må belage seg på å tilbringe mer tid hjemme i livets slutfase. Vi vil ved hjelp av denne litteraturstudien finne ut av hvordan vi som sykepleiere i hjemmesykepleien kan gi god palliativ omsorg til pasienter som ønsker å dø i hjemmet.

## Innhold

Sammendrag .....	3
<b>1.0 Innledning</b> .....	<b>6</b>
1.1 Bakgrunn og begrunnelse for valgt team. ....	6
1.1.1 Begrunnelse ut fra pasientperspektivet. ....	7
1.1.2 Begrunnelse ut fra sykepleieperspektivet. ....	7
1.1.3 Begrunnelse ut fra pårørendeperspektivet. ....	7
1.2 Oppgavens hensikt. ....	8
1.3 Case.....	8
1.4 Problemstilling.....	8
1.5 Begrepsavklaring. ....	8
1.5.1 Palliasjon.....	8
1.5.2 Omsorg .....	9
1.6 Avgrensning av oppgaven. ....	9
1.7 Oppgavens videre oppbygging. ....	10
<b>2.0 Metode</b> .....	<b>11</b>
2.1 Beskrivelse av metode.....	11
2.2 Fremgangsmåte for litteratursøk. ....	11
2.3 Kritisk vurdering av litteratur og forskning. ....	12
2.4 Valgt forskning.....	13
<b>3.0 Teori</b> .....	<b>16</b>
3.1 Kommunikasjon og tilnærming .....	16
3.2 Affektbevissthet og affekttoleranse.....	16
3.3 Psykososial støtte.....	17
3.4 Kari Martinsen omsorgsteori.....	17
3.5 Etikk .....	18
3.6 Joyce Travelbee og Menneske til menneske forholdet.....	18
3.7 Liverpool care pathway .....	19
3.8 Lover og retningslinjer.....	20
3.8.1 Yrkesetiske retningslinjer .....	20
3.8.2 Pasientrettighetsloven .....	20
3.8.3 Samhandlingsreformen St. meld. Nr. 47 (2008-2009) .....	21
3.8.4 Helse- og omsorgstjenesteloven .....	21
<b>5.0 Drøfting</b> .....	<b>22</b>
5.1 Sykepleierens ansvar .....	22

5.2 Bevisstgjøring av sykepleierens rolle.....	25
5.3 Kommunikasjon og tilnærming .....	28
5.4 Helhetlig omsorg .....	31
<b>6.0 Konklusjon</b> .....	<b>36</b>
Bibliografi .....	38
Vedlegg 1 .....	42

## 1.0 Innledning

Vi er to sykepleierstudenter som er i gang med siste innspurt av sykepleiestudiet ved Høgskolen i Hedmark avdeling Kongsvinger. I denne oppgaven har vi valgt å skrive om palliativ omsorg i hjemmet. Vi ønsker å få frem sykepleierens omsorgsrolle og tilnæringsmetoder til pasienter i livets slutfase.

### 1.1 Bakgrunn og begrunnelse for valgt team.

Bakgrunnen for at vi har valgt palliativ behandling i hjemmet er at vi synes det er et spennende og ikke minst aktuelt tema. Med den nye samhandlingsreformen og «eldrebølgen» som kommer er det en fare for at vi ikke har nok sykehjem og palliative plasser slik at noen pasienter må dø hjemme. Så vi synes det er veldig relevant til vår utdannelse som sykepleiere. Vi har også lest mye skjønnlitteratur om palliativ omsorg og pleie.

Gjennom selvbiografien «Veien til Karlsvogna» (1999) følger man Jon Magnus og hans kreftsyke kone Elizabeth. Jon Magnus startet å skrive dagbok etter at konen fikk kreftdiagnosen, for å bearbeide sorgen og angsten. Det tok 1 år fra Elizabeth fikk diagnosen kreft, til hun sovnet stille inn i hjemmet med mannen til stede. Denne boken ga oss et innblikk i hvordan det er å leve med en uhelbredelig sykdom, både for pasienten og pårørende. Dette er en sterk bok om både kjærlighet og sorg. Boken var en stor inspirasjonskilde når vi valgte tema til oppgaven vår.

Vi har også gjennom praksis og privat sett mye usikkerhet rundt det med palliativ omsorg i hjemmet, og hvor utfordrende sykepleierne ofte synes det er. Lindrende behandling og omsorg er meningsfullt, men kan også være veldig krevende.

Enkelte ønsker å dø hjemme, dette kan være fordi det er en arena der de føler seg trygge, betydningsfulle og verdsatte. Det kan ligge noe i uttrykk som «Borte bra men hjemme best» og «Mitt hjem er min borg».

Å få dø hjemme kan være en fin måte både for pasient og pårørende, dette så lenge det er tilstrekkelig hjelp å få av hjemmesykepleien i kommunen samt lege og kreftkoordinator.

### 1.1.1 Begrunnelse ut fra pasientperspektivet.

«Alvorlig sykdom angriper ikke bare kroppen, men også relasjoner» (Kvåle, 1998). Det kan være mye av grunnen til at den syke ønsker å være hjemme til det siste, nemlig de nærmeste. Vi så på et program på NRK om en kvinne som hadde uhelbredelig kreft, og hun ønsket å være hjemme av to grunner, være nære de pårørende og få ha mest mulig gode dager hjemme med familien (Bjørkøy, 2014)

De man er glad i, familien, tilknytning og tilhørighet er ting hjemmet representerer. Hjemmet forteller ofte noe om hvem man er, og det representerer et normalt liv. Og det er ofte det vi mennesker ønsker å føle, ikke kun når vi er dødssyke men også ellers, det å ha en tilknytning og ha familien nær.

### 1.1.2 Begrunnelse ut fra sykepleieperspektivet.

I vårt yrke som sykepleiere vil vi i løpet av vår karriere møte pasienter med alvorlig uhelbredelig sykdom. Vår oppgave for denne pasienten vil være å ivareta både pasient og pårørende, utøve kompetent sykepleie og koordinere samarbeidet mellom fastlege og spesialisthelsetjeneste. Vårt fokus i denne oppgaven ut i fra de grunnleggende behov er ivaretagelse av det psykisk, sosialt og åndelige. Med utgangspunkt fra sykepleieprosessen sin mellom-menneskelig del, som er å skape tillitsforhold mellom pasient og sykepleier, så må vi være bevisst på vårt ansvar, vise respekt, engasjement og empati for at pasienten som er i en sårbar situasjon skal kunne føle at hun kan være trygg på oss som er til stede for å hjelpe (Kim, 2011).

### 1.1.3 Begrunnelse ut fra pårørendeperspektivet.

Pårørende er en viktig ressurs for den alvorlig syke og døende pasienten. Pårørende kan ofte ønske å bidra med hjelp til stell og omsorg, men det er også viktig at vi som pleiere ser og ivaretar deres behov, som for eksempel gode og støttende samtaler. Dette kan være med på å redusere belastningen i selve sykdomsperioden og med tanke på sorgprosessen etter dødsfallet. (Helsedirektoratet, 2010)

## 1.2 Oppgavens hensikt.

Hensikten med oppgaven er å finne ut hvordan vi som sykepleiere kan gi best mulig palliativ omsorg til pasienten, og hennes nærmeste.

Ut ifra egne erfaringer ser vi at sykepleieren ofte synes det er veldig krevende og utfordrende og komme inn i et hjem og til en familie der et familiemedlem er dødssykt.

Når man ønsker å dø hjemme kan det ofte følge med en angst, en angst for å være alene og ikke ha hjelp i nærheten hele tiden. Det samme kan det også være for pårørende, at de føler en angst og redsel for at den syke er hjemme alene.

Så vi ønsker å finne ut av hvordan vi som sykepleiere på best mulig måte kan gi god palliativ omsorg til pasient og pårørende, i hovedsak med tanke på deres psykiske behov.

## 1.3 Case

Wenche er en dame i 60- årene som fikk en kreftdiagnose for 3 år siden. Hun har gjennomgått all kurativ behandling sykehuset har å tilby henne, men dette kunne ikke hindre sykdommen i å utvikle seg. Etter hennes eget ønske vil hun tilbringe den siste tiden hjemme med familie og venner. Hun bor hjemme med sin mann, og har 2 barn i nærheten som hun har et nært og godt forhold til. I den fasen Wenche er inne i, sover hun for det meste men har fortsatt noen gode perioder der hun kan sitte oppe. Som følge av at mannen fortsatt er i jobb, kommer Wenche til å ha hyppige besøk av hjemmesykepleien.

## 1.4 Problemstilling

Hvordan kan vi som sykepleiere gi god palliativ omsorg i hjemmet.

## 1.5 Begrepsavklaring.

### 1.5.1 Palliasjon

Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen sin definisjon på palliasjon er: «Den palliative behandling, pleie og omsorg som pasient og pårørende trenger når pasienten tilbringer hele eller deler av den siste tiden av livet i hjemmet. Lindring



av pasientens fysiske smerte og plagsomme symptomer står sentralt, sammen med tiltak rettet mot psykiske, sosiale og åndelige/eksistensielle problemer» (Helsedirektoratet, 2010).

Vår forståelse av dette begrepet er å redusere symptomer og smerte, fokus på å øke livskvalitet og hjelpe pasient til en meningsfull tid som den har igjen ved å ivareta pasientens ønsker og behov. Være tilstede for pårørende og pasient og utøve helhetlig omsorg.

### 1.5.2 Omsorg

Og gi god omsorg er for oss et sentralt kjennetegn for god sykepleie. Det krever at sykepleieren viser oppmerksomhet og forståelse, passe nærhet til pasienten så vi ikke trækker over pasientens grenser.

Kari Martinsen har satt sammen 3 punkter som fundamentale kvaliteter ved omsorg, vi nevner overskriften på de enkelte punktene.

1- Omsorg er en sosial relasjon

2-Omsorg omfatter forståelse for andre

3-Skal omsorg være ekte, må jeg forholde meg til den andre ut fra en holdning som anerkjenner den andre ut fra hans situasjon. (Hummelvoll, 2012)

### 1.6 Avgrensning av oppgaven.

I og med at problemstillingen er omfattende, så har vi valgt å lage en case, som forteller vår pasientsituasjon.

Vi har valgt å avgrense oppgaven i forhold til psykisk, sosial og åndelig behov og god palliativ omsorg som blir vårt hovedfokus opp imot pasient og hennes mann. Derfor nevner vi bare underveis ivaretagelse av de andre grunnleggende behov. Etikk, tilnærming og kommunikasjon er begreper vi vil bruke mye av men går ikke i dybden på de enkelte prinsipper, kun det som vi føler blir aktuelt i forhold til vår pasient situasjon. Vi har valgt å bruke Liverpool Care Pathway som retningslinje for omsorg til døende og deres pårørende. Vi velger ut to av hovedmålene av denne tiltaksplanen som er vårt hovedfokus i forhold til å finne svar på vår problemstilling. Det er – å ivareta eksistensielle og åndelige behov, - og inkludere og ivareta pårørende. Sykepleierens støttende og pedagogiske funksjon vil også være relevant for å kunne gi en god sykepleie i denne situasjonen som vi kommer til å forklare underveis i teoridelen.

Vi velger også å ikke gå nærmere inn på de etiske utfordringene det er å jobbe i andres hjem, men vil nevne det. Vi tar for oss kreftsyke som en generell gruppe, ikke en spesiell krefttype. Vi vet at krise og krisebearbeidelse er veldig relevant hos en med kreft og dens pårørende, men vi kommer ikke til å gå noe inn på hvordan vi som sykepleiere kan være til hjelp ved det.

### 1.7 Oppgavens videre oppbygging.

Vi vil i innledningen forklare hvorfor vi har valgt oppgaven, problemstilling, case og avgrensning. I kapittel 2.0 Metode, vil vi gå nærmere inn på hvordan og hvor vi fant litteraturen, og hvordan vi kvalitetssikrer den for et best mulig resultat.

I kapittel 3.0 Teori, skriver vi om temaer og teoretikere som er relevante i forhold til vår oppgave og problemstilling.

I kapittel 4.0 Drøfting, bruker vi teori, funn i forskning, egne tanker og erfaringer, og drøfter dette opp mot hverandre. Og ut ifra hva som kommer frem i drøftingsdelen vil vi skrive en konklusjon.

## 2.0 Metode

I dette kapitlet forklarer vi vår arbeidsmetode og fremgangsmåte for å kunne svare på vår problemstilling og deretter komme fram til en konklusjon. Vi har valgt Dalland: *Metode og oppgaveskriving for studenter* som retningslinjer for oppbygging av oppgaven. (Dalland, 2007)

### 2.1 Beskrivelse av metode.

Metode er i følge Dalland et redskap vi bruker når vi møter noe vi vil undersøke. Den hjelper oss til å samle inn den informasjonen vi trenger (Dalland, 2007).

Vår bacheloroppgave er en litteraturstudie som bygger på pensumlitteratur, fagartikler og forskningsartikler. En litteraturstudie er en studie basert på relevant litteratur rundt en valgt problemstilling. Vi velger også å nevne egne erfaringer fra praksis videre i drøftingsdelen. Oppgaven er skrevet etter retningslinjer for bachelor i sykepleie ved Høgskolen i Hedmark, så den er derfor skrevet i APA standard.

Vi har funnet pensumlitteratur som er relevant for vår oppgave, samt egenvalgt litteratur. Vi har valgt egenvalgt litteratur som er overførbar til vår oppgave som omhandler palliativ omsorg, og fått anbefalt noe av lærerne ved Høgskolen i Hedmark.

For å søke etter forskning har vi tatt i bruk PICO skjema. Det er et hjelpemiddel som er oversiktlig og lett for oss å arbeide med. Vi har brukt det i flere oppgaver tidligere og har gode erfaringer med dette skjemaet.

Vi har valgt å bruke både primær og sekundærlitteratur i vår oppgave. En primærkilde vil si at det kommer direkte fra forfatteren. Det er ingen andre som har tolket hans/hennes utsagn. En sekundærkilde er en kilde som inneholder tolkning av andres arbeid (Dalland, 2007).

### 2.2 Fremgangsmåte for litteratursøk.

«For at andre skal kunne vurdere den nye kunnskapen vi har skaffet oss, må det gjøres klart hvordan den er fremkommet» (Dalland, 2007).

Søkeordene vi vil bruke er: palliative pasienter, pasienter i livets slutfase, hjemmesykepleien, palliativ omsorg, fredfull død, god hjemmebasert omsorg, hjemmedød, palliasjon, døende, samhandling, sykepleie, kommunehelsetjenesten, verdig død, kreft, smertelindring.

Databaser vi brukte var: helsebiblioteket, sykepleien.no, kunnskapsegget, Cinahl, svemed, pubmed, forskning.no.

De norske forskningsartiklene våre fant vi på sykepleien.no. Da vi har brukt denne siden tidligere i studiet, følte vi at denne siden var pålitelig og samtidig at forskningen var god. For å finne de engelske artiklene søkte vi gjennom kunnskapsegget. Vi gikk igjennom de forskjellige databasene som kom opp der, og vi så at mye av de samme artiklene kom opp i de fleste databaser. Vi synes vi hadde konkrete og gode søkeord slik at vi veldig ofte i søkeprosessen fant gode og pålitelige forskningsartikler.

Når vi søkte etter forskning tok vi i bruk PICO skjema. Dette kommer som vedlegg senere i oppgaven.

### 2.3 Kritisk vurdering av litteratur og forskning.

Dalland sier at «kildekritikk er de metodene som brukes for å fastslå om en kilde er sann» (Dalland, 2007).

Vi kommer til å vurdere forskningen i forhold til relevansen til vår oppgave, utgivelsesår, holdbarhet og anerkjente forfattere. Ved hjelp av disse kriteriene kan vi kvalitetssikre forskningen og litteraturen i vår oppgave. Hensikten med kildekritikk er i følge Dalland at leseren skal kunne ta del i refleksjonene vi har gjort oss om relevansen og gyldigheten litteraturen har når det kommer til å belyse vår problemstilling (Dalland, 2007).

Vi har tatt i bruk pensumlitteratur som er relevant for vår problemstilling. Da kildene er anbefalt av Høgskolen i Hedmark, ser vi på disse som gyldige kilder.

Egenvalgt litteratur til denne oppgaven er teori vi mener er relevant og gyldig. Vi har funnet boken *Omsorg, sykepleie og medisin* av Kari Martinsen (Martinsen, 2003). Boken er primærlitteratur og handler om Kari Martinsens tenkning og hennes omsorgsteori. Vi har også valgt boken *Sykepleieteorier* av Marit Kirkevold (Kirkevold, 1992) som omhandler hennes tolkning av de forskjellige sykepleieteoretikerne, som i vårt tilfelle er Kari Martinsen og Joyce Travelbee. Dette er også primærlitteratur.

Etter søk i de forskjellige databasene etter forskning har vi funnet 2 engelske og 2 norske forskningsartikler. Vi har funnet noe forskning som er veldig relevant til vår problemstilling, også har vi funnet forskning som kan være overførbart til vår oppgave som vi også har valgt å ta med. Artiklenes validitet og reliabilitet er vurdert for at innholdet skal være troverdig. Validitet handler om at det som skal undersøkes må være relevant og gyldig i forhold til vår problemstilling. Med reliabilitet menes påliteligheten, og at metoden må utføres på riktig måte (Dalland, 2007).

Vi har vurdert artiklene våre etter relevansen til oppgaven vår. Ikke alle omhandler hjemmesykepleien men vi ser overføringsverdier hos flere av artiklene våre.

I kapittelet om Travelbee i teoridelen har vi kun brukt boken (Eide & Eide, 2011), dette er fordi det er svært vanskelig å få tak i bøker om teoriene hennes. I Drøftingen har vi også brukt boken skrevet av (Kirkelvold, 1992). Vi har valgt å bruke boken som er fra 1992 da vi synes den belyser hennes teorier på en fin og oversiktlig måte.

## 2.4 Valgt forskning

Forskningsartikkelen «Hva er en god død i sykehjem» tar for seg 14 personer på fem sykehjem i fire helseregioner. Herav åtte sykepleiere, tre hjelpepleiere, to leger og en prest. De ble intervjuet om sine erfaringer rundt pasienters livsavslutning.

Hva er en god død for pasienter på sykehjem ble informantene spurt om, og de punktene alle mente var viktig for å få dette til var; god smertelindring, trygghet, ikke livsforlengende behandling og forhold til pårørende. Dette føler vi at har en overføringsverdi til vår oppgave som omhandler hjemmesykepleie. Trygghet ble brukt i mange sammenhenger i studiet. Å klare å skape trygghet for pasienten og pårørende og at pasienten ikke skal være for mye alene, spesielt ikke de siste døgnene/ timene mente alle var viktige faktorer for en god død. For å skape trygghet for pasienten mente de at et samarbeid med pårørende var viktig. Det er de som kjenner pasienten best, og vet hva som kan være med for å skape trygge rammer. En god død innebærer å ta vare på pårørende på best mulig måte, i en fase der pårørende også trenger omsorg.

Hensikten med studien var å få mer kunnskap om hva som karakteriserer en god dødsprosess. Vi valgte denne forskningsartikkelen fordi vi ser at det er mange overføringsverdier til vår oppgave i den. En god død er relevant samt trygghet og god pårørendekontakt (Bjørndal & Gjerberg, 2007).

Forskningen ble gjennomført i 2007, som da vil si at den er 7 år gammel. Men vi har uansett valgt å ta den med da vi mener at den fortsatt er veldig relevant.

I den engelske artikkelen: «End-of-life care pathways for improving outcomes in caring for the dying» har de foretatt en studie om bruk av Liverpool Care Pathway og om den gir den ønskede affekten av bedre ivaretagelse av pasient og pårørende ved forventede dødsfall. De har valgt å gjøre denne undersøkelsen på bakgrunn av økende behov for palliativ pleie på grunn av økt levealder som medfører kroniske sykdommer.

I 2008 døde 7,6 millioner på grunn av kreft i hele verden, dette er tall som her hentet fra WHO. Med den økende levealder kommer også behovet for flere plasser på sykehus, sykehjem og institusjoner. Men mange ønsker også å få dø hjemme.

I denne studien var det 2 grupper pasienter, i begge gruppene var det palliative kreft pasienter og pasienter med multiorgansvikt. Den ene gruppen fikk sykepleie og omsorg uten noen LCP registrering. Gruppe 2 hadde LCP som tiltaksplan. Utfallet var at pasienten ikke opplevde noe forskjell på sin situasjon med eller uten bruk av LCP. Det positive var at pårørende følte de fikk god oppfølging og var godt informert, samtidig som de fikk bedre oppfølging etter dødsfallet med bruk av LCP. Det som utgjorde forskjellen av opplevelsen til pasienten, var hvor pasienten befant seg (hjemme, sykehus eller institusjon), pleier avhengig, om pasienten hadde pårørende som var til stede og pasientens opplevelse av smerte.

I artikkelen «Heterogeneity and changes in preferences for dying at home: a systematic review» har de undersøkt hvem og hvor mange som ønsker å dø i hjemmet. Dette er en stor studie som er gjort i 33 land med 34 tusen pasienter i 2013. Som de sier selv i konklusjonen så er det noen svakheter med studien ettersom den er så omfattende, men de fleste bevisene de fikk var at de fleste som har mulighet til det ønsker å få dø i hjemmet med sine pårørende rundt seg med hjelp fra hjemmesykepleien.

Artikkelen «Hva er faglig forsvarlig hjemmesykepleie» tar for seg utfordringene hjemmesykepleie har da de reiser hjem til pasienter. Sykepleierne i hjemmesykepleien skal

ivareta pasientenes behov for pleie på en forsvarlig måte, men blir dette gjort? Artikkelen viser at pasienter må vente til langt ut på formiddagen for å stå opp, venter flere timer for å få hjelp til toalettbesøk, dette er både respektløst og uverdige. Den viser at hjemmesykepleien ikke klarer å ivareta pasientens behov godt nok, og at sykepleierne ser en stor forskjell fra hva de har behov for, og hva de faktisk får. Sykepleierne føler at de blir styrt av vedtak pasienten har, og synes at de begrenser de i å imøtekomme behovet pasienten har akkurat her og nå. Mange pasienter er veldig fornøyde med hjemmesykepleien, og de blir beskrevet som engler, fornøyde, blide og søte. Så man kan på den ene siden si at pasientene blir respektert fordi pleierne er omsorgsfulle og tar hensyn. Men skylden for et dårlig tilbud er det systemet som får og ikke hjemmesykepleien.

## 3.0 Teori

Her ønsker vi å legge frem teori som vi ser som relevant i forhold til vår oppgave. Vi kommer til å gjøre rede for begreper innenfor kommunikasjon og tilnærming, affektbevissthet og affekttoleranse, psykososial støtte, Kari Martinsen og etikk, Joyce Travelbee og menneske-til-menneskeforholdet, pårørende, Liverpool Care Pathway og lover & retningslinjer.

### 3.1 Kommunikasjon og tilnærming

Igjennom kommunikasjon med pasient og pårørende er det viktig å skape trygghet, anerkjenne, formidle informasjon på måter som kan være med på å løse problemer, stimulere pasient og pårørende til å mestre situasjoner på best mulig måte. Det er også viktig at sykepleieren er bevisst på sine ferdigheter ved aktiv lytting som vil si nonverbal og verbal kommunikasjon.

Nonverbal ferdighet viser at man er oppmerksom på den man snakker med ved øyekontakt, håndbevegelser, kroppsspråk, berøring og stillhet. Verbal ferdighet er å stille spørsmål, bruke pauser, sammenfatte, oppmuntre, speile følelser og parafrasere. Aktiv lytting krever mange typer kommunikasjonsferdigheter for å kunne skape en god relasjon mellom pleier, pasient og pårørende (Eide & Eide, 2010).

### 3.2 Affektbevissthet og affekttoleranse

Som sykepleier i utfordrende situasjoner ved palliativ omsorg må en lære å takle og akseptere de følelsene som vekkes i en selv. Affektbevissthet forstår vi som å være følelsesbevisst. I boka Kommunikasjon i relasjoner (Eide & Eide, 2010) står det forklart at hvis man som hjelper er bevisst på sine egne følelser med møte med andre, er det lettere å kunne forstå den andres sine reaksjoner og følelser. Affekttoleranse handler om å tåle å kjenne på vanskelig følelser som kan oppstå. Disse to begrepene er viktige forutsetninger for empati (Eide & Eide, 2011).



### 3.3 Psykososial støtte

I forbindelse med alvorlig sykdom er det en viktig del for oss som hjelpere å kunne være tilstede for pasienten slik at den har noen å dele sin smerte, forvirring, angst og fortvilelse med. Vi må prøve å bidra med at pasienten får en følelse av å ha emosjonell kontroll og mestringsfølelse i en kaotisk og vanskelig situasjon. Det som menes med emosjonell kontroll er å ha følelsesmessig åpenhet. (Eide & Eide, Krise- og mestringsteori, 2010)

For pasienten er det nødvendig med fritt utslipp av sine følelser, og kjenne på et en ikke kan gi uttrykk for sin frustrasjon og meninger er en unødvendig belastning for pasienten. Vi må være tilstede for å skape trygge rammer slik at pasienten sitter igjen med tilstrekkelig tillit til oss, slik at pasienten kan si og uttrykke det den har behov for.

Mennesker har ulike forsvarsmekanismer som kommer til uttrykk i de forskjellige utfordrende situasjoner vi kommer borti i løpet av livet, så vi må forstå hvilken fase pasienten er i for å gi den støtten og forståelsen pasienten trenger. (Eide & Eide, 2010)

### 3.4 Kari Martinsen omsorgsteori

Martinsen sier at omsorg er en grunnleggende forutsetning for det menneskelige liv, vi mennesker er avhengig av hverandre. Hun sier også at omsorg må være sykepleierens verdigrunnlag med møte av pasienters behov for hjelp og støtte.

Igjennom vår holdning som sykepleiere, må vi vise ovenfor pasienten at vi forstår dens situasjon ved å vise respekt, empati og engasjement. Hun mener at dette er en forutsetning for å kunne handle omsorgsfullt. (Kirkevold, 1992)

Martinsen deler omsorg opp i 3 begreper, relasjonelt, et praktisk, og et moralsk begrep.

Moralen er å yte hjelp uten at hjelperen krever noe tilbake. I det hun sier om praktisk begrep så er det å delta praktisk i andres lidelser, å ikke stille seg utenfor. Det hun forklarer om moralsk begrep er et det er en holdning som kommer til uttrykk i forholdet mellom mennesker og hvordan vår måte å være på. (Martinsen & Kari, 1991)

Omsorg er relasjon mellom den som yter hjelp og den som mottar, moralen i relasjonen er hvordan vi handler og møter den som har behov for hjelp og støtte.

Martinsen sier at omsorg for den andre: *Bli ikke sett på som en kontraktbundet virksomhet, men som en grunnleggende struktur i vårt i liv.* (Martinsen & Kari, 1991)

### 3.5 Etikk

Etikk gjennomsyrrer all faglig og teknologisk handlemåte og alle prosedyrer en sykepleier utfører. Det omhandler valgene en sykepleier tar, og vurdering av valgmuligheter som er bedre enn andre. (Eide & Eide, 2010)

Vi forstår det slik at, for å kunne gi god omsorg og kommunisere godt er en forutsetning å være etisk bevisst. Være reflektert over sine valg som fagperson og hva formålet er med de avgjørelsene som blir tatt og nødvendigheten av de. Målet for oss som sykepleiere er å velge det som er til beste for pasienten og vurdere underveis om tiltaket som er i gang satt er tilstrekkelig. Som hjelper skal man kunne føle seg trygg i sin rolle ovenfor pasient og pårørende. (Lingås, 2000)

I situasjonsbestemt omsorgsetikk fremheves det sterkt evnen til empati og intuisjon av omsorg. Det bygger på erfaringsbaserte kunnskaper til sykepleieren, som vil si at pleieren har evne til å identifisere de forskjellige behov og ønsker fra pasienten, for å overveie sine etiske begrunnelser av sine valg. (Lingås, 2000)

Det er relasjonen mellom den hjelpetrequende og hjelperen som underbygger denne etikken. (Kim, 2011)

### 3.6 Joyce Travelbee og Menneske til menneske forholdet

Vi har valgt Joyce Travelbee som en teoretiker i vår oppgave da vi synes hennes tanker omkring menneske- til- menneske forhold og kommunikasjon er spennende inn imot vår oppgave.

Joyce Travelbee sin teori på sykepleierens oppgave er å : *anerkjenne pasienten som et unikt, uerstattelig individ. Å utvikle et «menneske-til-menneske-forhold» til pasienten for å møte behovene til pasienten, pårørende og dermed oppfylle sykepleierens hensikt* (Eide & Eide, 2011).

Det vi ser ifra hennes teori er at kommunikasjon er et hjelpemiddel der formålet er å bli kjent med pasienten, forstå og møte dens behov og hjelpe pasienten til å mestre sykdom, lidelse og ensomhet.

Travelbee sin teori på hvordan kommunikasjon er til hjelp for å realisere sykepleierens formål er at mellommenneskelige relasjoner kan være med på å påvirke den enkeltes holdning til egen lidelse. Som sier at vi som pleiere må prøve å være til hjelp for at pasienten kan finne mening i sin sykdomssituasjon og mestre sine lidelser bedre (Eide & Eide, 2011).

Travelbee er kjent for sitt menneske til menneske forhold. Hun er kritisk til betegnelsene pasient og sykepleier, og mener at de skaper et slags klasseskilte i stedet for å se det unike i hvert enkelt individ.

Travelbee sitt forslag om å gå bort fra pasient begrepet og heller bruke «person» er noe vi vil ta med oss videre i oppgaven når vi går nærmere inn på å se personen som et individ og ikke et objekt i sammenlignbare situasjoner.

Det som vi tolker ut i fra hennes teori her er at det kan være en fare for oss som hjelpere å se oss «blind» til personer med samme lidelse.

Hun sier at man kan ha en tendens til å behandle personer med samme lidelse mer likt enn det situasjonen og tilstanden krever (Eide & Eide, 2011).

Det å se pasienten som et individ og ikke bare som en person med en diagnose er viktig, og det synes vi Travelbee får frem. Å få et menneske til menneske forhold kan være spesielt viktig når det gjelder palliativ omsorg, både for den syke og hennes nærmeste. Det at de føler at de kan snakke ut med noen om det som skjer og spørsmål som de har. Det å ha en god relasjon med alle involverte er veldig viktig.

### 3.7 Liverpool care pathway

Liverpool Care Pathway som vi kommer til å bruke forkortelsen (LCP) er en tiltaksplan for omsorg til døende og deres pårørende. Den brukes som retningslinje for behandling og pleie og et dokumentasjonsverktøy med hovedmål om å kvalitetssikre omsorgen. Ut i fra LCP kommer vi også til å drøfte samspill og kontinuitet, kommunikasjon og informasjon, skape trygghet og ivaretagelse til pasient og pårørende. (Iversen, 2013)

Det er både fordeler og ulemper ved bruken av LCP, som kan være at vårt fokus fort kan bli registrering og føring av skjemaer LCP krever og at vi «glemmer» vår gode ivaretagelse av pasienten, men samtidig gjør bruken av tiltaksplanen en god oversikt over hva som er viktig vi må gjøre, dette kommer vi nærmer inn på i drøftingen.

### 3.8 Lover og retningslinjer

I denne delen legger vi frem retningslinjer, lover og stortingsmeldinger som er relevant for videre oppbygging av oppgaven.

#### 3.8.1 Yrkesetiske retningslinjer

I innledningen til retningslinjene står det at «grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det menneskets liv og iboende verdighet» (Norsk-sykepleierforbund, 2011, s. 7)

Vårt ansvar som sykepleiere er å fremme helse, forebygge sykdom og lidelse. Retningslinjene kan være et redskap å bruke for sykepleieren når den står ovenfor etiske problemstillinger og valg. Dette er med på å utvikle evnen til etisk refleksjon og kan derfor bidra med å høyne yrkesetikken. (Norsk-sykepleierforbund, 2011)

Til vår oppgave har vi valgt å bruke retningslinjene som omhandler sykepleieren og pasienten, samt sykepleieren og pårørende. Disse har vi valgt da de er essensielle opp mot vår oppgave.

#### 3.8.2 Pasientrettighetsloven

Pasientrettighetsloven angir hvilke rettigheter pasientene har krav på.

Pasientrettighetsloven er til for å sikre at pasienter får lik tilgang på helsehjelp av god kvalitet. Fordelingsrettferdighet og ivareta pasientene i møte med helsevesenet, med hensyn til tillit og respekt for liv, integritet og menneskeverd er lovens formål (Pasient- og brukerrettighetsloven - pasrl., 2001)

Vi har valgt å bruke kapittel 2, Rett til helsehjelp og transport, kapittel 3, Rett til medvirkning og informasjon.

### 3.8.3 Samhandlingsreformen St. meld. Nr. 47 (2008-2009)

Denne reformen er bestemt for at alle innbyggerne i Norge skal få et tilbud om likeverdig helsetjeneste uansett om det dreier seg om forebygging, diagnose, behandling, rehabilitering og sykepleie.

Meningen med samhandlingsreformen er tidlig innsats, få de ulike ledd i helsetjenesten til å jobbe sammen. Ha tjenester nærmere der folk bor, som vil si at det blir flere oppgaver til kommunen, samtidig som det krever større kompetanse av de som jobber i kommunen.

Betydningen til folket av denne reformen skal være at det blir lettere å få tak i god lokal helsehjelp, koordinering og oppfølging, tilbudet i kommunen skal bli bedre med tanke på oppfølging av personer med kroniske lidelser. Helsefremmende arbeid skal også komme mer frem i kommunens arbeid. (Samhandlingsreformen, 2009)

« 5.2 Pasienten i sentrum for samhandling gjennom pasientforløpene

Når pasienter har behov for sammensatte helse- og omsorgstjenester fra ulike virksomheter i spesialisthelsetjenesten, kommunehelsetjenesten og omsorgstjenesten, er ikke gode deltjenester bra nok. En må også forutsette god samhandling» (Samhandlingsreformen, 2009)

### 3.8.4 Helse- og omsorgstjenesteloven

Vi har valgt denne loven fordi dens formål er å tilrettelegge for mestring av sykdom og lidelse. Og sikre god samhandling av tjenestetilbudet slik at ressursene blir utnyttet best mulig til pasient og pårørende.

§ 1-1 – 1-2. *Formål og virkeområdet*

§ 3-2. *Kommunens ansvar for helse- og omsorgstjenester*

§ 3.4. *Kommunenes plikt til samhandling og samarbeid*

(Helse- og omsorgstjenesteloven, 2012)

## 5.0 Drøfting

I denne delen av oppgaven kommer vi til å drøfte praksiserfaring, teori og forskning for å mulig komme fram til en konklusjon på vår problemstilling.

### 5.1 Sykepleierens ansvar

Nortvedt og Tønnesen (2012) sier i sin artikkel at behovene hjemmesykepleien ivaretar hos pasientene i dag handler kun om å opprettholde elementære livsfunksjoner. De psykososiale og åndelige/ eksistensielle behovene må også dekkes for at det skal være i tråd med grunnleggende sykepleie, noe som ikke er tilfellet i dag.

De yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere sier at vi skal opptre slik at hver enkelt pasients verdighet og integritet blir ivaretatt ved at de gis retten til helhetlig sykepleie, rett til medbestemmelse, samt rett til å ikke bli krenket (Norsk-sykepleierforbund, 2011). Her ser vi at det som blir beskrevet i de yrkesetiske retningslinjene ikke alltid er mulig å få utført i praksis. Det kan være flere grunner til dette, som lite tid, mange og krevende pasienter, få sykepleiere på jobb og samhandlingsreformen. Det kan, i Wenches tilfelle, være lett å «bare» komme innom for å få utført de mest elementære sykepleieoppgavene, som sårstell og annen behandling, og på grunn av tidsnød utelate å ta tak i de psykososiale behovene hennes. Burde det da være koblet inn flere profesjoner/faggrupper for å avlaste sykepleieren? Kan man involvere prest, kreftsykepleier i kommunen og besøksgruppe for å ivareta litt sosial omgang? Selv om oppgaven vår omhandler oss som sykepleiere i hjemmesykepleien, så trenger ikke alltid god pleie å bety at vi må gjøre alt på egenhånd.

Hvordan kan det ha seg slik at sykepleierne ikke gjør det de plikter å gjøre hos pasientene?

I forskningsartikkelen "Hva er faglig forsvarlig sykepleie" (2012), trekker de fram mangel på tid som en stor utfordring. Pasientene får ikke tjenestene til avtalt tid og når vi først kommer så har vi ikke tid til å utføre alle gjøremålene. På den ene siden kan dette skyldes den nye samhandlingsreformen. Pasienter blir raskere sendt hjem fra sykehus og siden det ikke er nok sykehjems- og palliative plasser ønsker heller pasienter som Wenche å være hjemme. Men på den andre siden står det også skrevet at kommunene skal få de nødvendige ressurser for å takle dette. Men har dette skjedd? Vi ser i artikkelen « Hjemmet som lindrende enhet for gamle døende» sies det at utbyggingen av nye sykehjem ikke klarer å holde følge med behovene for plasser. Konsekvensene av dette er at kun de som bor alene hjemme og de aller

dårligste får plasser. Ut ifra hva vi leser klarer vi ikke å se at kommunene har fått de ressursene de trenger for å håndtere den nye samhandlingsreformen og eldrebølgen på en god og verdig måte for de syke og eldre.

Vi har opplevd i praksis at sykepleierne til stadighet klager over dårlig tid og lange lister. Men vår opplevelse er at sykepleiere har kortere lister enn hjelpepleiere/pleiemedhjelpere, men dårligere pasienter, ofte palliative. Vi ble fortalt av en veileder at klagingen ofte kan komme av at sykepleierne er usikre og ikke føler seg kompetente nok til oppgavene som er foran dem.

Både Joyce Travelbee og Kari Martinsen sier noe om sykepleierens ansvar.

Joyce Travelbee (1992) sier at pasienter for sykepleierne er de som ikke klarer å mestre sykdom eller lidelse, eller at de ikke klarer å finne en mening i disse situasjonene. Travelbee forteller at sykepleieren ikke alltid klarer å hjelpe pasienten og dens pårørende, men man kan henvise til andre grupper helsearbeidere. I Wenches tilfelle vil flere instanser innenfor helsetjenesten være tilstede. Kan det være lettere å skyve ansvaret over på andre da det er flere grupper involvert?

I praksis i hjemmesykepleien var vi hjemme hos mange kreftsyke og døende pasienter og mange av sykepleierne videreførte ansvaret til palliativt team. Når pasienter sa det hadde vært godt om noen hadde tid til å sitte ned å snakke litt, sa sykepleieren ofte at palliativt team kom til uken og de hadde mulighet til å ta en prat. Er det helhetlig omsorg? Å snakke om livet de har levd, og det de skal forlate kan ofte være veldig viktig for pasientene. Da er det avgjørende for oss at vi tar oss tid til å lytte (Svarre, 1998). Kan grunnen for at sykepleierne skyver ansvaret over på andre være at de ikke føler seg kompetente og usikre i slike krevende situasjoner?

Kari Martinsen er kjent for sin omsorgsteori, så hennes ord om sykepleierens ansvar og oppgaver bygger på det. Man skal ut ifra en faglig vurdering av hva som er best for pasienten gi god omsorg gjennom konkrete handlinger mener Martinsen (Kirkevold, 1992). Travelbee ser mer på hvordan man kan opprette en god relasjon mellom to mennesker, mens Martinsen snakker om omsorgen man kan gi når relasjonen allerede er opprettet. Slik vi ser det så kan man bruke begge teoriene inn i praksis samtidig for å gi helhetlig omsorg. Teoretikerne Travelbee og Martinsen sier det på to forskjellige måter men meningen av det kan tolkes på lik måte. Man skaper en god relasjon til pasienten ved hjelp av Travelbees menneske- til-menneske forhold. Ved å bruke Martinsens omsorgsteori kan man klare å gi god omsorg til

både pasient og pårørende. Vi tenker at man ved hjelp av teoriene til disse to teoretikerne, samt riktige holdninger hos sykepleierne kan klare å skape en god relasjon til Wenche og hennes mann.

Wenche har ikke bare rett på helhetlig sykepleie, men det eksisterer også etiske plikter som sykepleierne bør følge. Dette gjelder også hennes mann, den pårørende.

Det er sagt i de yrkesetiske retningslinjene at sykepleieren samhandler med pårørende og behandler deres opplysninger med fortrolighet (Norsk-sykepleierforbund, 2011). Når et nært familiemedlem blir alvorlig sykt kan pårørende sitte igjen med en følelse av frykt for å miste de, håpløshet og udugelighet (Kvåle, 1998). Disse følelsene er det sykepleieren og teamet rundt som må hjelpe til å bearbeide sammen med mannen til Wenche. Ifølge forskningsartikkelen «Hva er en god død i sykehjem» (2007) kommer det frem at en god død innebærer at de pårørende blir ivaretatt på best mulig måte. Å få omsorg er viktig for pårørende i en slik situasjon mannen til Wenche er i nå. Men på en annen side finnes det pårørende som ikke ønsker ivaretagelse av sykepleierne, eller at de føler seg som en byrde eller belastning (Grov, 2010). Da er det viktig at vi finner en måte å være der for han selv om han ikke ønsker det. Det kan for eksempel være ved nonverbal kommunikasjon. Vi er der og viser at vi bryr oss, uten at vi sier noe.

Ifølge YER skal sykepleieren kommunisere og behandle pårørendes opplysninger på en tillitsfull måte (Norsk-sykepleierforbund, 2011).

For at man skal klare å støtte pårørende må man klare å være empatisk uten å være dømmende. Det kan være en utfordring å få kjennskap til et familieforhold uten at man på et eller annet tidspunkt er dømmende, men å behandles med respekt er noe alle pårørende har krav på (Kvåle, 1998). Man må være der for de pårørende men fortsatt la de være pasientens nærmeste i den siste tiden. Det er viktig at Wenches mann føler at vi er der som en støttende funksjon, men ikke at vi overtar familiens rolle. Men på en annen side så kommer vi til å være hos Wenche mye, og familien vil kanskje synes at vi tar mye plass og overtar deres rolle. Sinne, hjelpeløshet, usikkerhet og redsel er følelser mannen til Wenche kan kjenne på, og disse følelsene kan han la gå utover oss. Men ved hjelp av gode samtaler og åpenhet ser vi at vi kan løse det på en fin måte. Ved at vi forklarer mannen hva vi gjør for Wenche, og alt det han kan gjøre. For vi må ikke glemme at mannen er en meget viktig ressurs, ikke bare for Wenche men også for oss.



Ved å involvere mannen til Wenche i pleien, høre hans meninger rundt omsorgen av kona hans, lytte til hans råd og meninger, vil han føle mer omsorg da? Det er han som kjenner henne, og vet hva hun ønsker, også de dagene hun kanskje ikke er i stand til å uttrykke seg selv.

I kommunehelsetjenesten, som hjemmesykepleien går inn under, jobber ofte sykepleierne alene. For at vi skal klare å være en god støttespiller og rådgiver for Wenche og hennes mann kreves det mye kompetanse av oss som sykepleiere (Eklund, 2010) Den viktigste ressursen for Wenche er oss sykepleierne og vår kompetanse. Vi må være kompetente til å møte Wenche og hennes manns behov på en god måte slik at de føler seg sett og ivaretatt (Fjørtoft A.-K. , 2012).

## 5.2 Bevisstgjøring av sykepleierens rolle

Helhetlig tilnærming til den døende pasienten og hennes pårørende er et kjennetegn ved palliativ omsorg (Helsedirektoratet, 2010).

Det krever av oss som sykepleiere at vi er bevisste på hvordan vi reagerer på de følelsene som kan oppstå i oss selv når vi jobber med mennesker som er i livets slutfase. Problemer kan oppstå hvis en kommer opp i en pasientsituasjon som er sammenlignbar med private opplevelser der nære familiemedlemmer har gått bort på grunn av kreft. Affekttoleranse, som vil si at vi må lære oss å kjenne på vonde og vanskelige følelser uten at det skal påvirke vår innsats om å gi omsorgsfull pleie til pasienten. Når vi klarer å akseptere de følelsene som oppstår hos oss som sykepleiere, kan det være lettere for oss å hjelpe Wenche og hennes mann. Vi kan lettere sette oss inn i deres situasjon og følelser (Eide&Eide, 2010) .

Hvis man ikke er bevisst over sine egne følelser kan det bli vanskelig å sette seg inn i den andres situasjon som kan gjøre at forståelsen til den man hjelper er begrenset. Den som hjelper kan bli tilbaketrukket og passiv i sine handlinger når vonde følelser dukker opp. For eksempel hvis en ikke klarer å akseptere egen usikkerhet og engstelse vil det være vanskelig å i møte komme pasienter som uttrykker dette. Dette kan være med på å ødelegge relasjonen mellom pleier og pasient, når usikkerheten til pleieren blir gjennomskuet av pasienten påvirker det tillitsforholdet. Det kan skape begrensninger for videre samarbeid og utilstrekkelig kommunikasjon fordi pasienten ikke føler seg trygg og forstått av sykepleieren (Eide&Eide, 2010).

Ved å akseptere og være bevisst på sine følelser som hjelper gjør at en blir mer tilstede for pasienten ved at en klarer å sette seg inn i situasjonen og forstår pasienten sin opplevelse. Dette påvirker igjen hvordan pleieren utøver sin omsorg og viser empati i sine handlinger. I forhold til Wenches situasjon å vårt mål om helhetlig og god palliativ omsorg er det viktig at vi går inn i oss selv og er forberedt på hvordan vi ønsker å være tilstede for henne. For Kari Martinsen er omsorgsmoral å være oppmerksom og bevisst i den situasjonen en er i «i øyeblikket». Det å være selvkritisk til det vi utøver overfor pasienten, om det er godt nok og er det i tråd med det pasienten selv ønsker og har behov for (Martinsen, Omsorg, sykepleie og medisin, 2003).

I «helseverden» kan vi fort glemme pasienten når det krever så mye fokus av oss hjelpere til teknisk utstyr, dokumentasjon, skjemaføring og jevnlig oppdateringer på data. Dette er også en del av vår jobb, men det er pasienten vi er her for å hjelpe.

Det er individuelt hvordan vi utøver omsorg, for det kommer an på vårt eget menneskesyn sier Martinsen. Omsorg er et positivt begrep, som forutsetter et kollektivistisk menneskesyn. Det vil si at vi mennesker er avhengig av hverandre selv om vi er selvstendige og selvhjulpne. Frihet og ansvar er begreper hun bruker som vi forstår forutsetter hvordan vi mennesker utvikler oss forskjellig (Martinsen, Omsorg, sykepleie og medisin, 2003).

Virginia Henderson sin definisjon på sykepleie er:

å hjelpe mennesket sykt eller friskt, når vi utfører de gjøremål som bidrar til god helse eller helbredelse (eller en fredfull død), noe han eller hun kunne gjort uten hjelp dersom han eller hun hadde tilstrekkelig krefter eller vilje og kunnskaper, og å gjøre dette på en slik måte at han eller hun gjenvinner selvstendighet så fort som mulig. (Flaten, 20014)

Helhetlig omsorg og menneskesyn krever at vi ikke bare ser de fysiske behov, men at alle behov henger sammen og påvirker hverandre. Når vi fokuserer på de samme behovene og ikke klarer å se at de påvirker hverandre har vi et reduksjonistisk menneskesyn. Det er viktig at vi som sykepleiere hos Wenche ser at alle behov er viktige og at de har en sammenheng. Vi vil da ha et holistisk menneskesyn. Vi ser at dette utgjør en forskjell på å kunne gi Wenche god helhetlig omsorg. For at vi skal kunne imøtekomme hennes behov i forhold til psykisk, sosialt og åndelig må vi sørge for at hun føler seg trygg, respektert, og at hun føler hun kan gi uttrykk for sine følelser, dette kommer under hennes psykiske behov. Sosiale behov for Wenche er at hun får være hjemme i et kjent og trygt miljø med sin mann, som har stor betydning for at hun føler tilhørighet og nærhet av sine nærmeste. For at vi kan imøtekomme og forstå hennes åndelige behov, må vi få vite og forstå hennes tro. Alle mennesker har behov for en viss tro i livet som gir mening, innhold og noe å støtte seg på (Flaten, 20014).

Når vi sier at omsorg er et positivt begrep legger vi til grunne at pleieren er bevisst på å balansere pasientens selvbestemmelse i den enkelte situasjon, dette krever at sykepleieren er etisk bevisst og reflektert (Fjørtoft A. K., 2006).

Grunnelementet i omsorgsbegrepet er at det handler om å bry seg om den andre og sette seg inn i den andres situasjon for å se dens behov.

Som tidligere nevnt i oppgaven er det helhetlig omsorg som er fokus i den palliative fasen. Joyce Travelbee vektlegger i sin teori om menneske- til- menneske-forhold at vi må se menneske som et enkelt individ og ikke som pasient. Hun mener med dette at det blir en mer riktig måte å møte behovene til både pasient og pårørende. Hun står sterkt for likeverdig relasjon mellom pasient og pleier, der hun understreker hvor viktig det er med sympatisk forståelse fra vårt ståsted som hjelpere (Kirkevold, Sykepleieteoretikere - analyse og evaluering, 1992).

Vårt ønske er å gi Wenche god omsorg og pleie i hennes hjem. Ut i fra de 2 teoretikerne og hvordan de begrunner sine teorier på, er etisk bevissthet en forutsetning for å yte god omsorg å oppnå relasjon ved kommunikasjon.

Travelbee sier at kommunikasjon er et middel for å realisere sykepleierens formål, det er her vi blir kjent med pasienten, og skal forstå dens uttrykk for behov og hvordan opplevelsen er i forhold til sykdommen. For at Wenche skal føle seg trygg på å prate med oss er det viktig at vi er bevisste på våre holdninger når vi prater med henne. For å skape tillit må vi være empatiske, vise respekt og ansvar. I Wenches situasjon er det viktig at hun føler trygghet, det er vår tilstedeværelse og nærhet som skal være med å underbygge det (Eide&Eide, 2010).

Men hun sier også at vi ikke må tro at ved bruk av kommunikasjonsteknikker kan brukes som en magisk effekt. Kommunikasjon og tilnærming er en komplisert prosess som krever at forståelse og innsats fra sykepleieren. Kommunikasjon skal være til hjelp for å begrense pasientens ensomhet. Faren ved at vi som sykepleiere kommuniserer dårlig er at vi ikke klarer å oppfatte pasienten riktig (Kirkevold, 1992).

I følge helsepersonelloven er bruk av omsorg en juridisk forpliktelse for helsepersonell. Det vil si hvordan vi som fagpersoner imøtekommer og snakker med pasienten, og at vi viser respekt og omtanke. Loven sier også at vi som fagarbeidere må se kravet til individuelle behov og behandling slik at pasienten får den nødvendige hjelpen den trenger (Lov om helsepersonell, 2013).

Syke og døende pasienter trenger omsorg som innebærer forståelse av den livssituasjonen den er i. Det vi forstår ut i fra omsorgsbegrepet er hvordan vi klarer å vise omtanke for et

medmenneske, vi må utføre vår hjelp ovenfor Wenche slik at hun opplever seg forstått og ivaretatt.

Travelbee sier i teorien sin om menneske-til-menneskeforholdet at det er sykepleieren sitt ansvar å etablere forholdet mellom pasient og pårørende, men kan ikke gjøre dette alene uten at det er gjensidig fra den parten som mottar hjelp. Den overordnede hensikten til sykepleieren er å hjelpe den syke til å mestre sykdom og lidelse, og finne mening i sin situasjon. For å klare og gi den pleien som kreves må sykepleieren klare å identifisere behovene til pasienten. Her kreves det selvinnsikt, kunnskaper og teknikker like mye som vektlegging av holdninger og verdier ifølge Travelbee.

Mener Travelbee at det er mulig å hjelpe alle pasienter til å finne mening i all sykdom og lidelse?

Sykepleierens rolle i alle pasientsituasjoner den møter krever at pleieren tenker helhetlig. Vi mener med det at det er nødvendig med god fagkunnskap for å klare å leve seg inn i et annet menneske sin situasjon, en har lettere å oppfatte hva pasienten føler og tenker når man har kunnskap om dens situasjon. Det er en nær sammenheng mellom fagkunnskap og evne til profesjonell empati, som er viktig å være bevisst på i yrket som sykepleiere (Eide & Eide, 2011). Wenche ønsker å få være hjemme under trygge omgivelser sammen med sin mann. Vi har funnet en forskningsartikkel som sier at pasienter i livets slutfase oftere i de siste årene ønsker å få dø hjemme. De velger det fordi de vet de får et palliativt team som jobber for at de skal få optimal omsorg og pleie i hjemmet. Det skaper trygge rammer for pasienten med tanke på at de vet sykdomsbilde blir forverret og at behovet for pleie blir større. Men med et godt tilbud tverrfaglig i palliativt team og med samarbeid med pårørende, lar det seg gjøre at pasienten kan få dø hjemme og at en ikke er nødt til å være på sykehus eller institusjon for å få den behandlingen en trenger i livets slutfase (Calanzani, Gomez, Gysels, Hall, & Higginson, 2013).

### 5.3 Kommunikasjon og tilnærming

God kommunikasjon spiller en viktig rolle i sykepleien. Ved god kommunikasjon vil man kunne styrke forholdet til pasienten og pårørende, og det kan føre til en åpenhet som vil hjelpe alle involverte (Wist & Kaasa, 1998). Som sykepleier i hjemmesykepleien møter vi mennesker som Wenche ofte. Hun er sårbar og avhengig av vår hjelp for å kunne fortsette å

være hjemme. Gjennom vår væremåte kan vi formidle trygghet eller utrygghet. Det gir oss mye makt, og desto viktigere er det hvordan vi håndterer den.

Travelbee snakker i sin teori om menneske- til- menneske forholdet. Hun mener at man må skape en gjensidig kontakt mellom to mennesker, ikke pleier og pasient. Det skal være en likeverdig kontakt mellom pleier og pasient, og pasienten skal ses på som et unikt individ og ikke som en diagnose (Eide & Eide, 2011). På samme måte som at sykepleieren skal ses på som et unikt individ.

Martinsen sier at vi er avhengig av andre mennesker. Den avhengigheten kommer tydelig frem i situasjoner hvor lidelse og sykdom er tilstede. Å ha et nært og åpent forhold mellom to mennesker er omsorg, og forstå hva som er til den andres beste (Kirkevold, 1992). Det er dette vi må gjøre med Wenche. Vi må klare å forstå hva hennes behov er, og hva vi kan gjøre for henne. Hun er avhengig av oss i den situasjonen hun er i nå, for å kunne fortsette å være hjemme til det siste. Og for å klare dette tenker vi at kommunikasjonen spiller en nøkkelrolle. Vi kan se her at det er mange fellestrekk mellom teoriene til Travelbee og Martinsen. Å ha et likeverdig forhold mellom sykepleier og pasient skaper en god kommunikasjon. Det vi ønsker er det subjekt- subjekt forhold, og ikke subjekt- objekt.

Travelbee mener å bli kjent med pasienten som et individ er målet med kommunikasjonen, og for å kunne hjelpe med mestring av sykdom, lidelse og ensomhet må vi nå det målet (Eide & Eide, 2011). Vi må være mottakelige for hva Wenche har å si og være en engasjert lytter. Å lytte og være engasjert i Wenches tanker og følelser er viktig del av jobben som sykepleier. Ved at man aktivt lytter til pasienten og er tilstede kan man hjelpe til med å avslutte vanskelige og negative tanker (Svarre, 1998). Vi forstår det slik at dersom vi ikke klarer oppgaven med å være den engasjerte lytteren og hjelpe med vanskelige tanker og mestring av sykdommen kan det få negative følger. Det kan føre til at Wenche kan føler seg alene, ikke sett eller hørt og at hun blir sittende å fundere rundt vanskelige tanker. Noe som igjen fører til at vi som sykepleiere ikke gjør hva vi er pliktet å gjøre.

Gode kommunikasjonsferdigheter kan være et verktøy til å forstå Wenche og hennes mann (Eide & Eide, 2011). Helhetlig tilnærming må vi ha for å kunne forstå Wenche (Fjørtoft A.-K., Observere og vurdere behov, 2012). Slik som Travelbee (1992) sier så må vi klare å se personen bak diagnosen. Ved bruk av verbal og nonverbal kommunikasjon kan vi skape tillit til Wenche. I artikkelen «Hva er en god død i sykehjem» (2007) kommer trygghet og tillitt

frem i mange sammenhenger. Der ble det sagt å ha helsepersonell rundt seg, visshet for at smerter og andre symptomer skal lindes så godt som mulig og kunnskap skapte trygghet og tillit hos pasient og pårørende. Det blir også sagt at mange opplevde det som vanskelig og utfordrende å gå inn i samtaler med pasienten når døden nærmet seg. Det er en balansegang som er krevende, der man på den ene siden skal følge opp Wenches ønsker og tanker knyttet til det med døden, men samtidig være bevisst på hvor grensen hennes går med tanke på hva hun ønsker å snakke om. Å ha samtaler med Wenche er til for å skape ro og trygghet for henne. Og for at vi skal klare å skape trygghet for Wenche må vi kommunisere godt, så vi kommer igjen tilbake til Travelbees (1992) tanker omkring menneske- til- menneske relasjonene og å klare å se mennesket bak diagnosen.

Travelbee (2011) sier at evnen til å gå inn i og ta del i en tilstand som andre mennesker kjenner på er empati. Vi forstår det slik at vi som sykepleiere hele tiden må forstå og tørre å sette oss inn i Wenches følelser og tanker. Men på den andre siden sies det i artikkelen skrevet av Marit Tømmerbakk at vi må hele tiden huske at vi er profesjonelle. Vi skal ha en profesjonell distanse, men også møte Wenche og hennes mann med innlevelse (Tømmerbakk, 2007). I den palliative omsorgen må man kunne takle tankene om at man ikke kan gi Wenche det hun ønsker mest, nemlig livet. Det å være rundt lidelse og død hver dag gjør at vi blir konfrontert med sin egen dødelighet, da er det avgjørende at vi har kompetanse til å leve med egen sårbarhet. Vi må ta vare på oss selv, og klare å ha et godt liv utenfor jobb for å klare å være en ressurs for andre (Tømmerbakk, 2007). På den ene siden er vi enige i Travelbees tanker rundt empati, men på den andre siden synes vi det er viktig å ikke ta med seg jobben hjem og klare å være profesjonell. Dette for å forebygge at man blir utbrent. Når vi er hos Wenche og hennes mann må vi være der hundre prosent. Vi må gi av oss selv, lytte engasjert og være en stor støtte. Ikke bare for Wenche men også for hennes mann. Når vi da er ferdige for dagen må vi kunne klare å komme hjem og nyte tiden uten å bli spist opp av tanker omkring Wenche og hennes situasjon.

Psykososial støtte fra oss til Wenche kan hjelpe henne mye. Hun må få utløp for sine følelser, som kan være alt fra angst, smerte, forvirring og fortvilelse. (Eide & Eide, 2010). I og med at Wenches mann fortsatt er i jobb så blir hun værende en del alene hjemme, og det er da angsten, ensomheten og fortvilelsen kommer. På den ene siden må vi som sykepleiere være hos Wenche flere ganger om dagen, for å støtte, trøste og lytte. Mens på den andre siden kan

det være godt for henne å få tid alene slik at hun får sortert tankene sine, og kan reflektere over saker som hun synes er viktig den siste tiden.

Når vi lytter til Wenche kan dette bidra til å skape en trygghet for henne og det kan hjelpe med å få orden på hennes kaotiske følelser. Wist og Kaasa (1998) sier at uansett om pasienten føler angst eller sinne så må vi forholde oss profesjonelle. Vi skal tørre å være nær og vise medfølelse men samtidig ikke bli privat. For at vi skal klare å stå i en slik vanskelig og utfordrende situasjon må vi være bevisste på egne følelser også. Vi må akseptere våre egne følelser, og når vi klarer det kan vi er det lettere for oss å forstå Wenches reaksjon. Men på den andre siden kan vi føle oss redde og usikre i møtet med Wenche. Det vil ikke si at vi ikke klarer å akseptere våre egne følelser men det er slik vi føler, vi føler oss redde og usikre. Da kan støtte og kommunikasjon bli preget av at vi for eksempel trekke oss unna, bli handlingslammet og bli sinte på omgivelsene, noe som ikke vil føre til at Wenche ikke får den støtten og omsorgen hun trenger. Selv om vi skal være profesjonelle mener vi at vi som sykepleiere ikke må glemme at man er mennesker. Det er menneskelig å la seg berøre når vi ser Wenche og hennes mann har det vondt. Vi har lov å felle en tåre.

#### 5.4 Helhetlig omsorg

Vårt fokus ut i fra de grunnleggende behov er ivaretagelse av Wenches psykisk, sosialt og åndelige behov.

Vi har funnet en tiltaksplan for omsorg til døende og deres pårørende, Liverpool Care Pathway som ofte blir brukt i palliative avdelinger. Bakgrunnen for tiltaksplanen er å overføre den helhetlige omsorgen som den døende og familien blir møtt med på lindrende enhet ut til andre instanser innenfor helsesektoren. Dette for at alle skal få et likt tilbud, uansett hvor de befinner seg. LCP fungerer som en retningslinje for å skape struktur i terminalfasen. Omsorg og behandling blir satt i et system, og blir mindre personavhengig ettersom all pleie står oppført skjematisk hvordan det skal gjennomføres (Karlsen, 2013).

På papiret ser denne tiltaksplanen ut som en oversiktlig og god mal for å imøtekomme både pasient og pårørendes behov for oppfølging i den palliative-fasen. Faren med å bruke dette er at pleieren kan bli for opptatt med skjemaføring og avkrysning og «ikke ser» pasienten.

I en engelsk forskningsartikkel vi har valgt å bruke har de gjort en studie om kvaliteten av pleien i det palliative arbeidet blir bedre ved bruk av LCP. Utfallet av studien var at de ikke

konkret kunne si om det ble bedre kvalitet på pleien men at det var pleieravhengig, situasjonsbestemt, avhengig av at pasienten var godt smertelindret og tilstedeværelse av pleiepersonell.

Slik vi har opplevd i praksis så er det viktig at sykepleieren ser hver enkelt situasjon og lager egen plan etter møte med pasienten. For å kunne lage en god pleieplan må en se pasienten som et individ som Travelbee sier. Dette for å dekke behovene hvert enkelt menneske har. Selv om et av målene i denne planen er at det skal være mindre personavhengig fordi pleiemålene står oppført i planen, er tilbakemeldinger fra pasienter at de opplever pleien og kontinuitet avhengig av hvilken pleier som er tilstede. I fra pårørende perspektiv er tilbakemeldingene at de føler seg godt ivaretatt på grunn av regelmessige møter og oppfølging etter bruk av LCP (Wiley, 2013)

I forhold til Wenches situasjon der tjenestetilbudet består av et tverrfagligteam så ser vi viktigheten av god dokumentasjonsføring og rapportering instansene imellom for at hun skal kunne få den kontinuerlige oppfølgingen hun trenger. Uansett tolkning fra teoretikere og deres mening om hva god sykepleie og omsorg er, så mener vi at fokus på observasjoner og dokumentasjon er en viktig del av å kunne gi optimal omsorg. Både i sykehus, sykehjem og hjemmesykepleien møter pasienten mange forskjellige hjelpere i helsesektoren, så her ser vi en utfordring ved at pasienten kan oppleve en helsetjeneste som ikke yter vilkårlig og oppdelt helsehjelp hvis det ikke er god kommunikasjon og dokumentasjon de imellom (Hellesø, 2011).

Vi som sykepleiere har også et ansvar for Wenches pårørende som er hennes mann. Pårørende er en viktig ressurs for den alvorlige syke og døende pasienten, det er de som kjenner pasienten godt fra før og kan gi oss viktig informasjon. Her må vi som sykepleiere ta oss tid til å lytte fra pårørende sin side om hva de ønsker å bidra med i videre samarbeid med oss. Glemmer vi pårørende kan det gi dem store konsekvenser for at de ikke føler tilstrekkelighet med et de ønsker å hjelpe til med. Det er mange pårørende som ønsker å være med i stell eller andre nødvendige tiltak ovenfor den syke. Her er det viktig at vi gir pårørende informasjonen de trenger med tanke på forventet sykdomsutvikling og behandling eller tiltak, slik at de er forberedt på hva som skjer (Helsedirektoratet, 2010).

Hvis vi tar hensyn til Travelbees sin menneske-til-menneske teori og bruken av LCP, så gir vi ikke den omsorg og nærhet pasienten trenger. Vårt fokus blir for objektivt ifølge Travelbee, når sykepleiere bruker for mye av sin tid på andre gjøremål og ikke prater med pasienten for å



få en riktig forståelse av dens situasjon. Vår oppmerksomhet og tilstedeværelse for pasienten er avgjørende for at vi kan gi den totale gode omsorgen vi ønsker (Kirkelvold, 1992). Ved bruk av LCP og Kari Martinsen sin omsorgsteori så sier hun at det er tilstedeværelse og oppmerksomhet som kreves av sykepleieren for å kunne gi god pleie og omsorg (Kirkelvold, 1992).

Travelbee og Martinsen har begge teorier vi ønsker å bruke for å gi Wenche optimal omsorg og pleie. Dette gjør vi ved å være tilstede med godt oppmerksomt nærvær, vise forståelse og sette seg inn i pasientens situasjon ved hjelpende kommunikasjon. Videre vil vi evaluere situasjonen og endringer av pasientens behov med tanke på utvikling i sykdomsbildet og iverksette tiltak etter endringer og behov. Ved å imøtekomme Wenches egne ønsker kan det hjelpe oss å dekke hennes psykiske, sosiale og åndelige behov. Dette er behov alle har, men det varierer fra pasient til pasient og med sykdommens ulike stadier.

Åndelige behov er ofte følsomt og mange er ekstra sårbare på dette området, det er viktig at vi trår varsomt frem når vi ønsker å vite hva pasienten ønsker. I følge retningslinjene fra helsedirektoratet står det at åndelig omsorg skal inngå som en del av den helhetlige omsorgen til pasienter og pårørende. Behov for åndelig omsorg skal kartlegges på en forsvarlig måte og på lik linje med pasientens og de pårørendes øvrige behov (Helsedirektoratet, 2010). For å forstå Wenche og hennes mann stilles det krav til oss som sykepleiere. Dette for å ikke skape fortvilelse og respektløs imøtekommelse til pasienten og pårørende i forhold til deres tro. Mangelen på empati og forståelse for andre kan fort komme frem hvis ikke sykepleieren er reflektert og bevisst på sine holdninger og syn på andre menneskers tro, håp og tilhørighet. «Grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet» (Norsk-sykepleierforbund, 2011). Dette er en av de etiske pliktene vi har som sykepleiere ifølge yrkesetiske retningslinjer. Det skal bidra til at vi blir med aktivt reflektert i hverdagen ovenfor de handlingene vi gjør i vår jobb. Dette er viktig for at vi tenker godt igjennom våre valg som skal være til beste for pasienten. Lovverket har også egne paragrafer som understreker viktigheten og plikten vi har for å utøve helhetlig omsorg, gi håp, skape mestringsfølelse og livsmot til pasienten.

Vi tenker at dette er noen av de viktigste punktene i å utøve helhetlig omsorg til pasienter i livets slutfase, hvis sykepleieren glemmer å ivareta noen av disse behovene vil ikke det være tilstrekkelig pleie for pasienten.

Selv om vi ser positive og negative side ved å bruke LCP, så er det et godt verktøy å bruke for å ivareta fysiske, psykiske, sosiale og åndelig behov til pasienten. LCP gir rettledning i forhold til pleie tiltak, behovsmedisin og seponering av unødvendige medikamenter i samråd med lege, omsorg av psykisk, sosialt og åndelig omsorg og ivaretagelse av pårørende.

Som nevnt tidligere i oppgaven tror vi at utfordringene i å utøve helhetlig omsorg til døende i hjemmet begrenser seg på kompetanse og begrenset tid til sykepleierne. Arbeidsgiver må være inn i bildet for å være behjelpelig med å tilrettelegge arbeidet slik at vi kan bruke god tid og være tilstede for Wenche og hennes mann de siste timer og dager. Alle har behov og rett på å ha noen i rundt seg ved livets slutfase.

I følge Helse- og tjenesteloven er vi pliktig til å tilrettelegge og fremme mestring for lidelse i hjemmet. Vi må tenke på at alle har behov for egen omsorgsplan slik at hver enkelt bruker får tilpasset sin omsorg og pleie. Vi må tilpasse planen slik at alle behov blir vurdert slik at tjenesten blir god nok oppimot hvert enkelt behov til brukerne (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2012)

Hjemmesykepleien er de som har daglig kontakt og oppfølging til Wenche og hennes mann, det er denne instansen som ser og vurderer deres behov for ivaretagelse og omsorg. Disse observasjonene er avgjørende for at andre instanser i kommunehelsetjenesten blir kontaktet, slik at Wenche får det tjenestetilbudet hun har behov for. Det er opp til hver enkelt pleier og bruke tiden som er tildelt på arbeidslisten, på en mest mulig effektiv måte slik at kvaliteten på pleien og vår tilstedeværelse gir det Wenche har krav på. Som vi ser ut ifra forskning og egen erfaring er mangel på tid en av de største utfordringene hjemmesykepleien har. Viktige observasjoner kan bli oversett og pasienten får ikke tilstrekkelig god pleie.

Her ser vi at bruken av LCP er viktig for å gi tilnærmet likt tilbud uavhengig av oppholdssted og utfordringen ved at mange forskjellige pleiere vil komme innom Wenche. Ved å bruke LCP oppimot hennes grunnleggende behov vil det skape en bedre struktur for hver pleier ved at man ser hvilke tiltak som er igangsatt og observasjoner som er viktige å gjøre. Den gir også veiledning i forhold til hennes psykiske støtte, åndelig omsorg og ivaretagelse av pårørende. Når vi har lett tilgang på denne informasjonen, kan vi selv om vi har «dårlig tid», gi den totale omsorgen som trengs. Når vi er forberedt på pasientsituasjonen så vet vi hva som er viktig å ha fokus på når vi kommer inn til Wenche. En får en innsikt og forståelse for situasjonen før en går inn og møter Wenche, som gjør det oversiktlig for oss som sykepleieren og utøve god sykepleie. LCP er et standardisert skjema som er avhengig av den som bruker det, og som

forskningen sier så kreves det grundig undervisning og opplæring for å sikre forsvarlig bruk av LCP (Karlsen, 2013).

## 6.0 Konklusjon

Gjennom denne oppgaven har vi tilegnet oss mye kunnskap og en dypere forståelse omkring palliasjon, omsorg og kommunikasjon. Vi er enige med Travelbee (1992) i at vi må se mennesket bak diagnosen, og ikke bare tilegne oss kunnskap om diagnosen.

For at vi kan gi den omsorgen vi ønsker til Wenche mener vi det er nødvendig å bruke både teorien til Travelbee og Martinsen. Ved menneske-til-menneske forholdet skaper vi god relasjon til Wenche og hennes mann, og omsorgsteorien gjør oss mer bevisste på sykepleierens ansvar for å yte god omsorg gjennom konkrete handlinger.

Vi ser også nytten av å bruke hjelpemiddel som LCP, som kan hjelpe oss ved en oversiktlig pleieplan på de behovene som er viktig å ivareta for Wenche og hennes mann. Ut ifra forskningen og resultat i bruken av LCP, er grundig opplæring en vesentlig faktor før det kan tas i bruk.

Verdien av et slikt redskap er at tiltakene vi iverksetter blir oversiktlig registrert og vurdert av forskjellige pleiere. Ulempen med flere skjema som sykepleieren må fylle ut, er at det blir mindre tid hos pasienten, men som sagt tidligere så ved god opplæring og at sykepleieren er bevisst på dette vil ikke det gå utover pleien til pasienten.

Som vi sier tidligere i oppgaven så har all behandling blitt avsluttet og vår jobb er da å lindre og være en støttende funksjon. For å klare dette må vi bli godt kjent med Wenche og hennes mann. Vi er av den oppfatning at vi som sykepleiere må ha en klarhet i våre følelser omkring døden, før vi kan klare å gi Wenche muligheten til å snakke om sine. Vi er ikke i tvil om at medmenneskelighet og respekt i den palliative omsorgen er nøkkelegenskaper, men at gode faglige kunnskaper og dyktige hender også er meget viktig. Som sykepleier i hjemmesykepleien jobber man ofte alene ut til pasientene, så vi tenker at diskusjoner og faglige vurderinger med kollegaer er viktig, både for å evaluere pleien til pasienten men også for sykepleieren sin del, om den opplever noe som den trenger å snakke om. For å klare å tilegne oss mer kunnskap omkring palliativ omsorg så må vi tørre å bevege oss ut mot det utrygge noen ganger. Dette kan være dype samtaler med pasienten eller å gi vanskelige beskjeder til pårørende. I den palliative omsorgen må vi gi mye av oss selv både med tanke på egne følelser men også å klare å lytte aktivt og engasjert til pasienten og hennes pårørende. Vi tenker at for man skal klare å være fullt tilstede når man er hos Wenche så er man avhengig av gode samtalegrupper på jobb og vi må klare så godt det lar seg gjøre, å la jobb være jobb og

legge den igjen når man går ut døren for dagen. Vi mener dette må til for at vi som sykepleiere skal klare å stå i en slik tøff hverdag med mye sorg og død.

Vi mener at det ikke er noe fasitsvar omkring hva som er god palliativ omsorg. Det er ingen oppskrift eller fast prosedyre på hva vi kan gjøre eller si fordi alle pasientene vi møter er unike. Vi ser at det er mye som spiller inn, og hva som er god omsorg for en pasient kan være det motsatte for en annen. Hver pasient er et eget individ med egne følelser, tanker og meninger slik som oss sykepleiere. Så derfor ser vi at kommunikasjonen til oss sykepleiere er meget viktig. Å klare å skape en god og tillitsfull relasjon mellom pasient, pårørende og sykepleier ser vi på som en absolutt nødvendighet. Vi har i denne oppgaven gjennom all kunnskap vi har tilegnet oss nevnt, forklart og drøftet hvilke faktorer vi mener bør være tilstede for at vi skal klare å gi Wenche så god palliativ omsorg som mulig.

## Bibliografi

- \* Bjørkøy, M. V. (Regissør). (2014). *Underveis, de siste dagene skal være gode* [Film].
- \* Bjørndal, A., & Gjerberg, E. (2007, Januar 1). *Sykepleien.no*. Hentet fra Sykepleien.no: <http://www.sykepleien.no/forskning/forskningsartikkel/118309/hva-er-en-god-dod-i-sykehjem>
- \* Calanzani, N., Gomez, B., Gysels, M., Hall, S., & Higginson, I. j. (2013, Februar 15). *US National Library of medicin*. Hentet fra US National Library of medicin: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3623898/>
- Dalland, O. (2007). Hva karakteriserer en metode? . I O. Dalland, *Metode og oppgaveskriving for studenter* (ss. 80-97). Oslo: Gyldendal akademisk .
- Dalland, O. (2007). Hvordan blir kunnskap til? I O. Dalland, *Metode og oppgaveskriving for studenter* (ss. 44-59). Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS.
- Dalland, O. (2007). Kildebruk og kildekritikk. I O. Dalland, *Metode og oppgaveskriving for studenter* (ss. 60-79). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Dalland, O. (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Dalland, O. (2007). Oppgavens praktiske utforming. I O. Dalland, *Metode og oppgaveskriving for studenter* (ss. 271-288). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Eide&Eide. (2010). *Kommunikasjon i relasjoner. Samhandling, konfliktløsning, etikk*. . Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Eide, H., & Eide, T. (2010). Krise- og mestringsteori. I H. Eide, & T. Eide, *Kommunikasjon i relasjoner. Samhandling, konfliktløsning, etikk*. (ss. 166-194). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Eide, H., & Eide, T. (2011). Grunnbegreper i hjelpende kommunikasjon. I H. Eide, & T. Eide, *Kommunikasjon i relasjoner; samhandling, konfliktløsning, etikk* (ss. 32-62). Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS.
- Eide, H., & Eide, T. (2011). Hva er hjelpende kommunikasjon? I H. Eide, & T. Eide, *Kommunikasjon i relasjoner- samhandling, konfliktløsning, etikk* (ss. 11-28). Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS.
- Eide, H., & Eide, T. (2011). Relasjonsteorier. I H. Eide, & T. Eide, *Kommunikasjon i relasjoner* (ss. 130-162). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- \* Eklund, H. B. (2010, 01 01). *Sykepleien.no*. Hentet fra Forskning sykepleien.no: <http://www.sykepleien.no/fagutvikling/fagartikkel/565642/gir-god-kreftomsorg>
- Fjørtoft, A. K. (2006). Mål og verdier. I A. K. Fjørtoft, *Hjemmesykepleie. Ansvar, utfordringer og muligheter* (ss. 131-158). Bergen: Fagbokforlaget.

- Fjørtoft, A.-K. (2012). Hjemmesykepleiens rammer. I A.-K. Fjørtoft, *Hjemmesykepleie. Ansvar, utfordringer og muligheter* (ss. 159-184). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Fjørtoft, A.-K. (2012). Observere og vurdere behov. I A.-K. Fjørtoft, *Hjemmesykepleie. Ansvar, utfordringer og muligheter* (ss. 185-211). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- \* Flaten, B. (20014, Januar 1). *ndla.no*. Hentet fra ndla.no: <http://ndla.no/nb/node/77230>
- Grov, E. K. (2010). Om å være pårørende. I U. Knutstad, *Sentrale begreper i klinisk sykepleie* (ss. 267-283). Oslo: Akribe AS.
- Hellesø, R. (2011). Pasientjournaler og sykepleieres journalføring. I I. M. Holter, & T. E. Mekki (red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie* (ss. 214-246). Oslo: Akribe AS.
- \* Helse- og omsorgstjenesteloven, LOV-2013-06-21-82 fra 01.01.2014 (01 01, 2012).
- \* Helsedirektoratet. (2010). *Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Holter, I. M. (2011). Sykepleierprofesjonens kjernekompetanse. I T. E. Inger Margrethe Holter, *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie. Sykepleieboken 1* (ss. 139-148). Oslo: Akribe AS.
- Hummelvoll, J. K. (2012). *Helt- ikke stykkevis og delt. Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- \* Iversen, G. S. (2013, 01 01). *Liverpool Care Pathway. Implementering of Liverpool Care Pathway in Norway*. Bergen, Bergen, Norge: Grethe Skorpen Iversen.
- \* Karlsen, L. (2013, April 16). *Liverpool Care Pathway. Liverpool Care Pathway*. Kristiansund, Møre og Romsdal, Norge: Karlsen, Lillian.
- Kim, H. S. (2011). Sykepleieutøvelsen . I I. M. Mekki, *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie. Sykepleieboken 1* (ss. 169-174). Oslo: Akribe AS.
- \* Kirkelvold, M. (1992). Joice Travelbees teori om sykepleierens mellommenneskelige aspekter. I M. Kirkevold, *Sykepleieteoretikere* (ss. 100-114). Aurskog: AD Notam Gyldendal .
- \* Kirkevold, M. (1992). Kari Martinsens omsorgsteori. I M. Kirkevold, *Sykepleieteorier- analyse og evaluering* (ss. 131-143). Oslo: Ad Notam Gyldendal A/S.
- \* Kirkevold, M. (1992). *Sykepleieteoretikere - analyse og evaluering*. Aurskog: Ad Notam Gyldendal A/S.

- \* Kirkevold, M. (1992). Travelbees teori om sykepleiens mellommenneskelige aspekter. I M. Kirkevold, *Sykepleieteorier- analyse og evaluering* (ss. 100-115). Oslo: Ad Notam Gyldendal A/S.
- \* Kvåle, K. (1998). Familiene og den alvorlig syke. I S. Kaasa, *Palliativ behandling og pleie* (ss. 141-152). Oslo: Ad Notam Gyldendal .
- \* Lingås, L. G. (2000). *Etikk verdivalg i helse- og sosialfag*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- \* Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven), LOV-2013-06-21-82 fra 01.01.2014 (Helse- og omsorgsdepartementet 06 21, 2013).
- \* Magnus, J. (1999). *Veien til Karlsruvogna*. Oslo: Aschehoug.
- \* Martinsen, K. (2003). *Omsorg, sykepleie og medisin*. Oslo: Universitetsforlaget .
- \* Martinsen, K., & Kari, W. (1991). *Pleie uten omsorg?* Larvik: Pax Forlag.
- \* National Cancer Institute, a. t. (2010, 01 01). *National Cancer Institute FactSheet*. Hentet fra National Cancer Institute FactSheet: <http://www.cancer.gov/cancertopics/factsheet/Support/home-care>
- \* Norsk-sykepleierforbund. (2011). *Yrekesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Oslo: Norsk sykepleierforbund.
- \* Nortvedt, P., & Tønnessen, S. (2012, januar 1). *Sykepleien.no*. Hentet fra Sykepleien.no : <http://www.sykepleien.no/forskning/forskningsartikkel/1012433/hva-er-faglig-forsvarlig-hjemmesykepleie>
- \* Pasient- og brukerrettighetsloven - pasrl., LOV-1999-07-02-63 (Juli 1, 2001).
- \* Samhandlingsreformen, St.meld. nr. 47 (Samhandlingsreformen. Rett behandling-på rett sted- til rett tid 06 19, 2009).
- \* Svarre, H. M. (1998). Den døendes psykologi. I S. Kaasa, *Palliativ behandling og pleie* (ss. 49-67). Oslo: Ad Notam Gyldendal .
- \* Sykepleien, F. (2010, 01 01). Avsluttende behandling. *Tiltaksplan for døende pasienter*, ss. 60-63.
- \* Tømmerbakk, M. (2007, September 26). *Sykepleien.no*. Hentet fra Sykepleien.no: <http://www.sykepleien.no/fagutvikling/fagartikkel/115775/pleie-ved-livets-slutt>
- \* Wiley, J. (2013, November 18). *The cochrane library*. Hentet fra The cochrane library: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD008006.pub3/pdf>
- \* Wist, E., & Kaasa, S. (. (1998). Å kommunisere med den alvorlig syke pasienten. I S. Kaasa, *Palliativ behandling og pleie* (ss. 101-115). Oslo: Ad Notam Gyldendal.



\* Tittel sitert av Cervantes og hetet fra: <http://www.ordtak.no/index.php>

## Vedlegg 1

<b>P</b>	<b>I</b>	<b>C</b>	<b>O</b>
Palliative pasienter/ palliative patients	Palliativ omsorg/ Palliative care		Hjemmesykepleien gir palliativ omsorg/ Home- based palliative care
Palliative pasienter/ Palliative patients	Fredfull død/ Peaceful death		God omsorg/ Good care
Pasienter i livets slutfase/ End- of- life patients	God hjemmebasert omsorg/ Good home care		Home- based palliative care
Hjemmesykepleien/ home care	Forsvarlig hjemmesykepleie/		Hjemmesykepleiens utfordringer/ Challenges in home care