



Høgskolen i **Hedmark**

Campus Elverum

Avdeling folkehelse

4AVS304

Christine Johansen

Veileder: Dina Bjørlo Strande

Rett behandling – Rett sted – Rett tid

Right treatment – Right place – Right time

Bachelor Sykepleie

2012

Ord: 10435

Samtykker til utlån hos biblioteket:

JA

NEI

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage:

JA

NEI

INNHOLDSFORTEGNELSE

Forord: «Eg ser».....	4
1. INNLEDNING.....	5
1.1 Hensikt med oppgaven og valg av teori.....	5
1.2 Problemstilling og avgrensing av problemstilling.....	6
1.3 Oppgavens oppbygging.....	7
2. METODE.....	8
2.1 Framgangsmåte for søkeprosessen.....	8
2.2 Kildekritikk.....	9
2.3 Forskningsetiske overveielser.....	11
3. PASIENTER MED KREFT MED SKJELETTMETASTASER.....	13
3.1 Kreft.....	13
3.1.1 Skjelettmetastaser.....	14
3.2 Smerter.....	14
3.2.1 Palliativ strålebehandling.....	15
3.3 Palliativ behandling og rehabilitering.....	15
3.3.1 Kontinuitet i palliativ behandling.....	16
3.3.2 Livskvalitet hos palliative pasienter.....	16
3.4 Individuell plan.....	17
4. SYKEPLEIETEORETISK RAMME.....	19
4.1 Joyce Travelbee og menneske-til-menneske forholdet.....	19
4.2 Sykepleierens rolle i palliativ behandling og rehabilitering.....	20
4.2.1 Sykepleieren som koordinator.....	21
4.3 Sykepleiefaglig forsvarlighet.....	21
5. SAMHANDLING OG SAMHANDLINGSREFORMEN.....	23
5.1 Samhandlingsreformen.....	23
5.2 Tverrfaglig samarbeid og koordinerte helsetjenester.....	24
5.3 Kommunehelsetjenesten.....	25
5.3.1 Palliative enheter.....	26
5.4 Spesialisthelsetjenesten.....	26
6. DRØFTING.....	28
Travelbee og lidelsesbegrepet.....	28
Travelbee og kommunikasjonsbegrepet.....	32

Menneske – til – menneske – forhold.....	35
7. KONKLUSJON.....	39
8. LITTERATURLISTE.....	40
Vedlegg – Skjema for søking etter forskningsartikler.....	45

Eg ser

Eg ser at du er trøtt,
men eg kan ikkje gå
alle skritta for deg.
Du må gå de sjøl.
Men eg ve gå de me deg.
Eg ve gå de me deg.

Eg ser du har det vondt,
men eg kan ikkje grina alle
tårene for deg.
Du må grina de sjøl,
men eg ve grina med deg.
Eg ve grina med deg

Eg ser du vil gi opp,
men eg kan ikkje leva
livet for deg.
Du må leva det sjøl.
Men eg ve leva med deg.
Eg ve leva med deg.

Eg ser at du er redd,
men eg kan ikkje gå i døden for deg.
Du må smaka han sjøl,
men eg gjør død til liv for deg,
eg gjør død til liv for deg.
Eg har gjort død til liv for deg.

Bjørn Eidsvåg (2000)

1. INNLEDNING

Stadig flere mennesker i dagens samfunn får kreft. Helse- og omsorgsdepartementet (2005) skriver at selv om vi kan se en forbedring i behandlingen av kreftsykdommer enn tidligere, vil det allikevel dø flere på grunn av økningen i krefttilfeller. Behovet for smertelindrende behandling, og behandling i selve terminalfasen, utfordrer samhandlingen i helsetjenesten. Det er i hovedsak krefttilfeller i lunge-, bryst og prostata som vil øke, og som i størst grad sprer seg videre til skjelettet. Den palliative smertelindringen vil i så måte øke i omfang.

Pasienter med kreft som har kommet i den palliative fasen har ofte kort forventet levetid. I løpet av denne tiden skal pasientene oppnå best mulig livskvalitet, og dette er hovedmålet for både den palliative behandlingen samt samhandlingsreformen. Krefttyper med metastaser fører ofte med seg smerteproblematikk. Pasienter med kreft vil derfor ha behov for kvalitet og kontinuitet i sin omsorg og behandling, og med utgangspunktet i dette vil disse pasientene behov for koordinerte helsetjenester. Tverrfaglig samarbeid og koordinerte tjenester skal i følge Helsedirektoratet (2010) være integrert i arbeidet med palliasjon. Pasientene skal være i fokus, og spørsmålet er hvordan man kan sikre pasientene et helhetlig behandlingsforløp, helt uavhengig av forvaltningsnivåene og grensene mellom dem.

1.1 Hensikt med oppgaven og valg av tema

Selve hensikten med oppgaven er den avsluttende eksamen i sykepleie ved Høgskolen i Hedmark. Det er gitt fra Høgskolen sin side at oppgaven skal belyse betydningen av samhandling mellom helsetjenestene slik at pasientene blir ivaretatt, og står i fokus. Hvordan skal helsetjenestene koordineres slik at pasientenes behov blir imøtekommet. I følge Høgskolen i Hedmark skal hensikten med oppgaven være å fordype seg i et tema som er relevant for sykepleiere, og få erfaring i å arbeide systematisk og metodisk. Videre skal det vises evne til faglig og vitenskapelig refleksjon og selvstendig vurdering av litteraturen som er valgt. I tillegg skal kritisk vurdering og argumentering for egne meninger gi erfaring.

Fra Høgskolen i Hedmark ble det gitt tre hovedtemaer for oppgaven. Jeg valgte tema «Sykepleiefaglig forsvarlighet og behovet for koordinerte helsetjenester etter innføring av samhandlingsreformen». Jeg ønsket å se samhandlingsreformen opp mot behandling av pasienter med kreft, da helsetjenestene varierer i kontinuitet og koordinering. I tillegg til dette har jeg personlige erfaringer der jeg har sett pasienter som har opplevd et dårlig helhetlig helsetilbud.

1.2 Problemstilling og avgrensning av oppgaven

Jeg kom frem til følgende problemstilling: Hvordan kan sykepleiere gjennom koordinerte helsetjenester gi økt livskvalitet hos pasienter med kreftsmertner i den palliative fasen?

Ut i fra problemstillingen er det nødvendig å gjøre avgrensinger, da den fort kan bli for omfattende. Jeg har valgt og ikke ta med pårørende i oppgaven min, på grunn av mangelfull plass. Pårørende er sentrale personer som er av stor betydning for både sykepleierne og pasientene. Oppgavens målgruppe er pasienter med alvorlig kreft som har kort forventet levetid. Pasientene jeg har lagt fokus på i oppgaven er pasienter med kreft med metastaser til skjelettet. Jeg kommer av den grunn til å skrive generelt om kreft, for så å konkretisere det til skjelettmetastaser. Jeg vil se på aspektene ved å ha en dødelig sykdom, og hva dette medfører for pasientene hvis samhandlingen ikke er optimal. Pasientgruppen jeg skriver om er primært innenfor kommunehelsetjenesten, da jeg velger å skrive om de pasientene som bor hjemme fram til livets slutt. Videre har jeg valgt å se på smerteproblematikk, og kommer da til å fokusere på palliativ strålebehandling. I forhold til kreftsmertner har jeg valgt å se på de fysiske smertene, og kommer til å se bort i fra de psykiske selv om disse er like viktige. Smerteproblematikken vil bli brukt for å vise behovet for samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten for å oppnå optimal smertelindring.

Livskvalitet vil være hovedbegrepet i oppgaven. Økt livskvalitet kan ses i sammenheng med hovedmålet for den palliative rehabiliteringen, og jeg kommer derfor til å ha fokus på dette. Oppgaven vil omfatte pasienten og kommunehelsetjenesten, i tillegg til sykepleieren og spesialisthelsetjenesten.

I forhold til samhandlingsreformen velger jeg å se bort i fra økonomiske forhold, da det er plassmangel i oppgaven. Jeg vil se på samhandlingsreformen i forhold til pasientenes livskvalitet, med tanke på smertelindring i den palliative rehabiliteringen. I tillegg har jeg vektlagt å skrive litt om både kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, for å kunne se på utfordringene med å få til et godt samarbeid mellom disse.

Siden oppgaven skal bygge på sykepleierens rolle og ansvarlighet har jeg valgt å se på sykepleierfaglig ansvarlighet, og sykepleierens rolle i forhold til palliativ rehabilitering og smertelindring. Hovedfokus vil ligge på samarbeid mellom helsetjenestene og koordinering av disse, for å øke livskvaliteten hos pasienten. Individuell plan vil bli nevnt i teorien og drøftingen for å vise til betydningen av pasientens rettigheter, ivaretagelse og medbestemmelse. Jeg har valgt å bruke Joyce Travelbee som sykepleieteoretiker i oppgaven. Hun vil være en hovedprioritet i drøftingen, og vil bli brukt til å vise betydningen av omsorg for pasienten med fokus på økt livskvalitet. Jeg velger å se Travelbee i forhold til menneske-til – menneske- forhold, lidelse og kommunikasjon.

1.3 Oppgavens oppbygging

Etter innledningen, vil det komme et metodekapittel med fokus på søkeprosess, kildekritikk og etiske overveielser. Jeg har valgt å dele teoridelen opp i tre hovedkapitler, med flere underkapitler. Med denne inndelingen vil oppgaven virke mer oversiktlig. Delene består av et kapittel som omhandler pasientgruppen, et som skildrer sykepleierens rolle i den palliative behandlingen og rehabiliteringen, og et som handler om samhandlingsreformen og samhandling mellom helsetjenestene.

2. METODE

Dalland (2010) skriver at «metoden forteller oss noe om hvordan vi bør gå til verks for å fremskaffe eller etterprøve kunnskap. Begrunnelsen for å velge en bestemt metode er at vi mener den vil gi oss gode data og belyse spørsmålet vårt på en faglig interessant måte» (s 83). Det ble gitt fra Høgskolen at bacheloroppgaven skulle være en litteraturstudie. Litteraturstudie vil si innhenting av litteratur gjennom kilder som bøker og artikler (Dalland, 2010). Denne oppgaven handler om samhandlingen mellom sykehus og kommunehelsetjenesten, hvor målet er å gi den palliative pasienten med kreft best mulig livskvalitet i hjemmet, i tillegg til lindring av smerte. Det blir benyttet en kvalitativ metode i oppgaven, da både smerter og livskvalitet vil være subjektive opplevelser. I følge Dalland (2010) fokuserer denne metoden på mening og opplevelse som ikke lar seg tallfeste eller måle. Litteratur om temaet kreft og samhandling blir gjennomgått for å finne svar på problemstillingen.

2.1 Framgangsmåte for søkeprosessen

For å kunne kvalitetssikre artiklene som er valgt ut i oppgaven, er det viktig å se på hvilke type tidsskrift de er hentet ut i fra, og hvilke forfattere som har skrevet den (Dalland, 2010).

Da oppgaven har fokus på smertelindring, var det naturlig for meg å søke etter informasjon om dette. Det første jeg søkte på var smertelindring hos pasienter med kreft med metastaser. Det ble utført i databasen Science Direct. Jeg brukte søkeordene «quality of life, cancer, pain, palliative.» Søket jeg utførte ga 14 183 treff. Jeg valgte en av de første forskningsartiklene som er skrevet av Wu, J.S.Y., Monk, G., Clark, T., Robinson, J., Eigl, B.J.C. & Hagen, N. Den er skrevet i 2006, og utgitt i bladet Clinical oncology samme år. Artikkelen heter “Palliative radiotherapy improves pain and reduces functional interference in patients with painful bone metastases: A quality assurance study.” Den ble utgitt i bladet Clinical oncology i 2006. I tillegg hadde jeg lest i tidsskriftet Sykepleien Forskning at det var en forskningsartikkel som la vekt på pasienter med kreft og deres barrierer mot smertebehandling. Jeg brukte sykepleien.no som søkebase der jeg søkte etter «kreft». Jeg fikk

46 treff, og ut i fra disse artiklene valgte jeg «Kreftpasienters barrierer mot smertebehandling». Den er skrevet av Valeberg, Bjordal og Rustøen i 2010. Den er utgitt i Sykepleien Forskning i 2010. Informasjonen til artikkelen er innhentet via en tverrsnittsundersøkelse utført fra 2004 til 2005.

Siden samhandlingsreformen akkurat har trådd i kraft har det vært vanskelig å finne denne. Jeg valgte derfor og heller legge vekt på samarbeid, helsereformer og koordinerte helsetjenester. Jeg søkte etter “cooperation, hospice, palliative, pain, health care reform”, i Science Direct. Gjennom dette søket fikk jeg 58 treff i fulltekst. Jeg valgte artikkelen ”District nurses’ role in palliative care provision: A realist review.” Den er skrevet av Catherine Walshe og Karen A. Luker, og ble utgitt i 2010 i International Journal of Nursing Studies. For å kunne vise til betydningen av kontinuitet i helsetjenestene søkte jeg på «cancer , intervention, continuity of care.» Søket ga 38 treff i fulltekst. Artikkelen som ble valgt var ”*Development and pilot evaluation of a complex intervention to improve experienced continuity of care in patients with cancer*”. Artikkelen ble utgitt i 2009 i British Journal of cancer care. Den er skrevet av King, Jones, McCarthy, Rogers, Richardson, Williams, Tookman, and Nazareth. De nevnte forskningsartikler har jeg brukt som grunnlag for mitt arbeid med denne oppgaven.

2.2 Kildekritikk

Kildekritikk defineres som «de metodene som brukes for å fastslå om en kilde er sann» (Dalland, 2010 s. 66). Selve hensikten med kildekritikken er at den som leser oppgaven skal se hva slags tanker og refleksjoner som er gjort rundt kildene.

Da en del av de forskningsartiklene jeg har brukt er på engelsk, kan det være en risiko for oversettelsesfeil, og feiltolkning av forfatterens tekst. Noen av artiklene jeg har valgt å bruke i oppgaven min er artikler som kommer fra Storbritannia, Canada og USA. I forhold til kildekritikk er det viktig å være oppmerksom på en eventuell kulturforskjell. Artiklene som jeg har valgt å bruke som grunnlag for denne oppgaven drøfter stikkord som kontinuitet og

livskvalitet, og dette er temaer som jeg ser på som like aktuelt og relevant her i Norge, som i utlandet.

I drøftingsdelen har jeg brukt en artikkel som er skrevet etter et utført prosjekt som ble utført i Telemark. Artikkelen heter «en plan for å se den lidende» (2005). Jeg har valgt å bruke denne artikkelen da resultatene her synliggjør praksis og arbeid som har blitt utført. Det er viktig å understreke at pasientundersøkelsene ikke er vitenskapelig holdbare. Gjennom min søken etter litteratur til oppgaven, har jeg og benyttet meg av pensum, i hovedsak Kristoffersen (2006), Normann, Sandvin & Thommesen (2009) og Bertelsen (2007). I tillegg til dette har jeg benyttet mye selvvalgt litteratur. Selvvalgt litteratur har jeg søkt opp på skolens bibliotek, via Bibsys, i tillegg til bruk av egne bøker som ikke står oppført på pensumlisten. Disse bøkene omhandler i stor grad kreft og palliasjon. «Palliasjon», «Kreftsykdommer» og «Kreftsykepleie» er tre av disse. Alle tre bøkene er skrevet innenfor en tidsramme på 5 år, og jeg ser på disse som pålitelige. I tillegg har jeg benyttet meg av noen elektroniske bøker som ble lokalisert på Nasjonal Biblioteket. Boka til Travelbee (1999), og Rustøen (1991) er av eldre karakter sett i forhold til tidsaktualitet. Travelbee sin bok «Mellommenneskelige forhold i sykepleie» er en bok basert på hennes sykepleieteori, og vil være like relevant i 2012 som da den ble publisert i 1999. Dette fordi Travelbee sin sykepleie er like gjeldende for den sykepleien jeg praktiserer i dag, med tanke på betydningen av kommunikasjon og menneske – til – menneske – forhold. Rustøen (1991) skriver om begrepet livskvalitet. Jeg ser dette begrepet som viktig og aktuelt i 2012, som i 1991. Jeg har brukt en bok i drøftingen som er skrevet av Simonsen & Simonsen (2009), som handler om erfaring rundt det å få kreft og død.

Artikkelen «Samhandling om palliasjon» er skrevet av Haugen i 2007, og er publisert i Tidsskrift for den norske legeforening. Jeg har brukt denne i min oppgave, da den omhandler samhandlingen innenfor palliasjon. Den er ikke kun rettet mot leger, men fokuserer mye på sykepleierens rolle innenfor samhandlingen. Jeg ser meg kritisk til den elektroniske boken «Palliativ strålebehandling» skrevet av Stein Kaasa, da den ble utgitt i 1992. Denne er foreldet, og siden det har skjedd mange fremskritt innenfor kreftforskningen siden den tid ser jeg meg kritisk til denne. Det er mange temaer i boka som ikke var relevante for min oppgave, og som jeg ikke kunne bruke. Allikevel har jeg valgt å bruke den da den sier noe om det å ha

skjelettmetastaser, og definisjonen av hva metastaser er. Jeg ser definisjonen og opplevelsen av det å ha skjelettmetastaser som like relevant i 2012 som i 1992.

Som sykepleier er det viktig å forholde seg til lovverket. Derfor er det også i oppgaven anvendt lovverk. Lovene er lokalisert på lovdata. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, pasientrettighetsloven, helsepersonelloven og spesialisthelsetjenesteloven er blitt brukt i oppgaven. Disse ble lokalisert på Lovdata. Lovdata er en privat stiftelse av Justisdepartementet og Det juridiske fakultet ved Universitetet i Oslo, og ses derfor på som en pålitelig kilde. I forhold til samhandlingsreformen har litteraturen vært begrenset. I hovedsak er det Stortingsmeldingen nr. 47 Samhandlingsreformen, Rett behandling – på rett sted – til rett tid, som er brukt, i tillegg til artikler i tidsskrift for den norske legeforening og sykepleien.no. Fordi denne reformen er forholdsvis ny og akkurat har trådd i kraft har det vært vanskelig å finne forskning om akkurat denne. Forskningen jeg har benyttet meg av har i hovedsak omhandlet koordineringen av helsetjenestene, og kontinuiteten av disse. I tillegg til dette har jeg benyttet meg av en del offentlige dokumenter som er funnet via regjeringen sin nettside i forhold til palliasjon.

I oppgaven har jeg valgt ut en artikkel som heter “Where do cancer patients die? Ten-year trends in the place of death of cancer patients in England”. Den er utgitt i 1998. Jeg anser artikkelen som relevant for min oppgave, fordi jeg vil belyse problematikken rundt det å dø hjemme, kontra på sykehus. Jeg ser at det fortsatt er en utfordring i dagens samfunn å tilrettelegge for å la pasientene få dø hjemme. Jeg mener noen av de svarene artikkelen gir fortsatt er aktuelle i dag. Artikkelen er med på å belyse at det fortsatt er viktig med økte ressurser i kommunehelsetjenestene.

2.3 Forskningsetiske overveielser

«Stilt overfor vanskelige avgjørelser i livet skal etikken gi oss veiledning og grunnlag for vurderinger før vi handler.» (Dalland, 2010, s 234). Dette ser jeg som viktig i oppgaven min. Gjennom oppgaven vil jeg snakke om en gruppe pasienter med kreft. Jeg kommer ikke til å nevne enkelt episoder, og av den grunn har jeg ikke anonymisert noen i oppgaven. I forhold til bruk av kilder har jeg vært nøye med henvisninger fortløpende i gjennom oppgaven, og

søking. Det er brukt APA-standard gjennom hele oppgaven. I gjennom oppgaven har jeg lagt vekt på å kalle pasientgruppen «pasienter med kreft», da jeg føler «kreftpasienter» blir stigmatiserende. Denne gruppen med pasienter har individuelle behov, og er ikke en ensartet gruppe.

3. PASIENTER MED KREFT OG SKJELETTMETASTASER

I de følgende kapitlene vil jeg beskrive hvilken teoretisk forankring som jeg har lagt til grunn for oppgaven min. I det første kapittelet vil jeg omtale kreft, metastasering til skjelettet og kreftsmarter. Dernest vil jeg se på den palliative behandlingen og rehabiliteringen, samt viktigheten av kontinuiteten innenfor behandlingen. Deretter vil jeg se på pasientenes rettigheter innfelt i en individuell plan. I forhold til pasienter med kreft velger jeg å legge vekt på livskvalitet i den palliative fasen.

3.1 Kreft

Kreft er ukontrollert celledeling som begynner på molekylært nivå, men som setter i gang mange prosesser i organismen. Det finnes mange ulike kreftsykdommer som arter seg forskjellig. Kreft brukes om en malign svulst. Metastaser er betegnelse på spredning av kreftceller fra ett organ til et annet. Når kreftceller sprer seg fra ett organ til et annet betegnes dette som metastasering. De vanligste måtene kreftcellene spres på er gjennom lymfekar og blodbanen (Bertelsen, 2007). Årsaker til kreftutvikling kan være påvirket av både indre og ytre faktorer. Ofte starter kreftutviklingen som følge av en ytre påkjenning, som setter i gang sykdomsprosessen. De ytre faktorene kan være stråling, kjemiske stoffer eller virus. Indre faktorer er arvelige forhold (Jacobsen, 2003). På cellenivå vil dette si at økt cellevekst, redusert apoptose og sviktende DNA-reparasjon er faktorer som kan gi kreftutvikling (Bertelsen, 2007).

Kreftceller kan utvikle nye egenskaper over tid. Noen kreftceller kan bli resistente mot cytostatika, mens andre kreftceller kan utvikle egenskaper som invasivitet. Det er stor forskjell i veksten hos svulstene. Noen svulster vokser fra dag til dag, mens andre kreftsvulster ikke vokser på flere år (Nome, 2008).

3.1.1 Skjelettmetastaser

Sekundære svulster kalles metastaser. I maligne tumorer kan cellene spre seg ved å infiltrere andre vev. Dermed dannes det dattersvulster andre steder i kroppen (Bertelsen, 2007). Et av de første symptomene på at kreften har spredd seg er metastaser til skjelettet.

Skjelettmetastaser er ofte smertefulle, og ofte kan de øke i intensitet over tid. Det er allikevel individuelt hvor store smertene er (Kaasa & Lote, 1992). Strålebehandlingen som gis til pasienter med skjelettmetastaser er med på å forebygge eller behandle tverrsnittlesjon, eller patologisk fraktur. Ofte kan pasienten oppleve ryggsmarter, og dette kan være en indikasjon på at vedkommende har fått en tverrsnittlesjon. Ryggsmertene forekommer ofte en stund før det gir nevrologisk utfall (Aass, Bjordal, Tveit & Nordøy, 2006).

3.2 Smerte

Da oppgaven handler om kreftpasienter med smerte, ser jeg betydningen av å definere smertebegrepet.

«Smerte er det som personen sier at det er, og den eksisterer når personen som opplever smerte, sier at han har smerte» (McCaffery 1968 i McCaffery & Beebe, 2007).

Helse- og omsorgsdepartementet (1992) har hentet en annen definisjon på smerte fra International Association for the Study of Pain (IASP): «Smerte er en ubehagelig sensorisk og følelsesmessig opplevelse forbundet med vevsødeleggelse eller mulig vevsødeleggelse, eller beskrevet som en slik ødeleggelse.» (Helse- og omsorgsdepartementet, 1992 kap 4.5).

Smertene som kreften fører med seg er ofte sammensatte. Kreftsmarter er ikke kun fysiske smerter, men også sosiale, psykiske og eksistensielle. Totalomsorgen for pasienten med kreft innebærer håndtering av pasientens smerter. Tverrfaglig samarbeid og tilnærming er viktig. Flere profesjoner og spesialister må samarbeide for å kunne ivareta pasienten og bidra til lindring og økt livskvalitet. Desto lenger pasienten har kommet i sykdomsutvikling, jo mer viktig er smertebehandlingen. Hvis smerten forblir ubehandlet kan dette føre til mange sekundære lidelser i form av kvalme, angst og depresjon (Rae, 2009).

3.2.1 Palliative strålebehandling

Målet med den palliative strålebehandlingen er å redusere smertene hos pasientene med uhelbredelig kreft. Strålebehandlingen kan gis til pasienter med skjelettmetastaser, hjernemetastaser og primærsvulster med utbredt metastasering (Lund & Kaasa, 2008). Det er viktig å være klar over at den palliative strålebehandlingen ikke vil påvirke sykdomsprosessen i seg selv, men symptomene og effekten på disse (Aass, Bjordal, Tveit & Nordøy, 2006).

Strålebehandlingen som pasienten mottar skal både lindre smerten, men også stanse veksten av tumoren. Studier viser at en fraksjon, stråledose, gir god smertelindring (Rae, 2009). Dessverre er det en manglende kunnskap hos helsepersonell da det kommer til palliativ strålebehandling. Det mange ikke er klar over er at denne typen strålebehandling kan gi pasienten god smertelindring, i tillegg til høyere livskvalitet. Allikevel skal man være klar over at ikke alle pasienter orker belastningen ved transporten til og fra sykehuset, derfor er det viktig at helsepersonell vurderer hvor stor gevinst vedkommende kan ha av strålebehandlingen (Aass, Bjordal, Tveit, Nordøy, 2006).

3.3 Palliativ behandling og rehabilitering

WHO (2001) sier:

Palliasjon er aktiv behandling, pleie og omsorg for pasienter med inkurabel sykdom og kort forventet levetid. Lindring av pasientens fysiske smerter og andre plagsomme symptomer står sentralt, sammen med tiltak rettet mot psykiske, sosiale og åndelige/eksistensielle problemer. Målet med all behandling, pleie og omsorg er best mulig livskvalitet for pasienten og de pårørende (Helsedirektoratet, 2010).

Palliasjon vil si lindrende behandling, pleie og omsorg. Der det ikke finnes noen kurativ behandling, vil pasienten få lindrende behandling. For at pasienten skal få et fullverdig behandlingstilbud er det nødvendig at det finnes et samarbeid på flere nivåer innenfor helsesektoren. Dette kan være et tett samarbeid mellom kreftavdelinger, sykehus generelt og kommunehelsetjenesten (Kaasa, 2008). Trier (2010) sier at helhet, nærhet, kontinuitet og tilgjengelighet er viktige verdier i palliativ behandling og primærsykepleien. Individuell plan

er sentralt innenfor rehabiliteringen, for å koordinere helsetjenestene for pasientene (Normann, Sandvin & Thommesen, 2009).

Innenfor palliasjon brukes begrepet palliativ rehabilitering. Dette begrepet kan deles inn i tre forskjellige grupper som sier noe om sykdomsprognosen. I denne oppgaven kommer jeg kun til å vektlegge gruppe tre som består av de pasientene som har dårlig prognose, og som har kort forventet levetid. Disse pasientene krever ofte avansert medisinsk behandling i forhold til smertelindring (Gudbergsson, 2008). Det finnes fire ulike former for rehabilitering til pasienter med kreft. Disse formene er forebyggende, styrkende, støttende og palliativ rehabilitering. I dette tilfellet er palliativ rehabilitering sentralt. Den palliative rehabiliteringen har som mål å kontrollere de smertene og symptomene som kreftsykdommen fører til, og opprettholde livskvaliteten til pasienten (Faanes, Nestande & Øverli, 2009). Målet for rehabiliteringen vil endre seg hele tiden, da den fysiske og psykiske tilstanden til pasienten vil variere. Målsettingen vil være at pasienten opprettholder best mulig livskvalitet og funksjon helt til livets slutt (Gudbergsson, 2008). Av den grunn er det viktig at det er god kontinuitet i den palliative rehabiliteringen.

3.3.1 Kontinuitet i den palliative behandlingen

Kontinuitet i den palliative behandlingen og rehabiliteringen vil si en god flyt, med gode overganger mellom ulike helsetjenester og pasientforløp. Kontinuitet er ofte forbundet med tid. I forhold til palliasjon er dette viktig der hvor det skal avdekkes behov for smertelindring. I pasientbehandlingen er kontinuitet et middel til å bygge opp tillit mellom sykepleier og pasient. Målet er at alle pasienter skal erfare dette i møte med helsetjenestene (Eklund, 2011). Kontinuitet i palliativ behandling og rehabilitering er viktig for at pasientene skal oppleve god livskvalitet.

3.3.2 Livskvalitet til palliative pasienter

For at pasienten og de pårørende skal føle seg trygge og sikre kontinuiteten, er det viktig med tilgang til en kvalifisert og bestemt sykepleier (Rønning, Strand & Hjernstad, 2008). Helse-

og omsorgsdepartementet skriver at livskvalitet er en subjektiv opplevelse. Videre skriver de at livskvalitet kan defineres som: «en persons egenopplevelse av positive og negative sider ved livet i sin alminnelighet. Det kan ses på som en syntese av positive og negative opplevelser, ubehag, glede og nedstemthet, og av vonde og gode følelser.» (NOU 1999: 2).

I dag handler sykepleien om å gjøre det beste for pasienten for å øke livskvaliteten. Livskvalitet forutsetter fire dimensjoner: håp, mening, fellesskap og identitet. I følge Kaasa (1998) bør livskvaliteten hos pasienter som er i den palliative fasen evalueres fortløpende. Han mener det er viktig å evaluere livskvaliteten med fokus på smertelindring av symptomer. Rustøen (2010) skriver at livskvalitet er et målbegrep innenfor sykepleiefaget. I FNs erklæring om de døendes rettigheter, er det spesielt tre punkter som utpeker seg i forhold til livskvalitet og smerter. «Jeg har rett til å bli behandlet som et levende menneske til jeg dør. Jeg har rett til smertelindring. Jeg har rett til å forvente kontinuerlig medisinsk behandling og omsorg selv om målet endrer seg fra helbredelse til lindring.» (Helse- og omsorgsdepartementet, 1999, kap 5.2). For å sikre pasientene disse rettighetene er det viktig med individuell plan.

3.6 Individuell plan

Pasientene skal få en sterk innflytelse over sin egen situasjon gjennom bruken av individuell plan. Hovedfokuset vil være å få fram pasientenes ressurser og muligheter (Normann, Sandvin & Thommesen, 2009). Pasientrettighetsloven, spesialisthelsetjenesteloven, kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven omtaler individuell plan.

I pasientrettighetsloven § 2-5 står det at:

"Pasient som har behov for langvarige og koordinerte helsetjenester, har rett til å få utarbeidet individuell plan i samsvar med bestemmelsene i kommunehelsetjenesteloven, spesialisthelsetjenesteloven og lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern".

Pasienten skal oppleve å få et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tilbud. Dette er selve formålet med den individuelle planen i følge helsedirektoratet (2010). Det er pasienten sine ønsker, mål og interesser som skal ligge til grunn for den individuelle planen. Pasienten

skal i tillegg til dette få innflytelse i sin egen prosess og tilbud om tjenester (Normann, Sandvin & Thommesen, 2009). I Standard for palliasjon (2004) står det at den individuelle planen skal inneholde en koordinator, og hvem som er den ansvarlige tjenesteyter for hvert tjenesteområde. Videre skal planen inneholde en oversikt over ansvarsfordelingen for dag, kveld, natt og helg. I tillegg skal den inneholde den avtalte oppfølgingen av pasientene, og hvordan en eventuell innleggelse i sykehus skal organiseres.

4. SYKEPLEIETEORETISK RAMME

I dette kapittelet vil jeg legge vekt på Joyce Travelbee som sykepleieteoretiker. Sykepleieren sin rolle innenfor den palliative behandlingen vil deretter omtales. I tillegg vil den sykepleiefaglige forsvarligheten bli vektlagt, da dette er en sykepleieteoretisk oppgave. Sykepleierens rolle som koordinator vil belyses da dette sier noe om sykepleierens rolle innenfor samhandlingsreformen.

4.2 Joyce Travelbee

Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktikeren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse og m nødvendig finne mening i disse erfaringer (Travelbee, 1999 s 29).

Travelbee sier at personer som ikke mestrer sykdommen og lidelsen, er de personene som trenger sykepleie. Sykepleieteorien hennes fokuserer på mellommenneskelige forhold mellom sykepleier og pasient (Kirkevold, 2008). Menneske – til – mennesket forholdet kan bare etableres mellom to mennesker. Travelbee fokuserer på enkeltmennesket, og relasjonen mellom sykepleier og pasienter. Hun liker ikke begrepet roller, og mener at to roller, sykepleier og pasient, vil være med på å ødelegge forholdet. For å kunne opprette en relasjon til pasienten, er det derfor viktig at man glemmer å se på hverandre som roller (Kristoffersen & Breievene, 2006). Travelbee skriver om fem forskjellige faser innenfor menneske – til menneske – forholdet. Det innledende møtet legger vekt på å «se» pasientene og deres behov. Denne fasen handler om hvordan stereotyp oppfatning kan påvirke det første møtet. Den andre fasen handler om vekst av identitet og personlighet. Det er i denne fasen det blir etablert en relasjon mellom sykepleier og pasient. Travelbee legger vekt på empati og sympati i de to neste fasene. Empati fører til nærhet og kontakt med pasientene. Sympati blir et resultat av den empatiske fasen. Sympati fra sykepleieren kan føre til at pasientene føler at noen er engasjert i deres sykdom og deres lidelse. Dette kan være med å påvirke pasientene både fysisk og psykisk, ved at det blir vist forståelse, og man kan dele pasientenes fortvilelse (Kirkevold, 2008). Den siste fasen legger vekt på forståelse. Sykepleieren viser at hun vil

hjelpe pasientene, og vil iverksette tiltak for å kunne lette deres lidelser. Dette fører til at pasientene får tillit til sykepleieren, og føler de kan stole på henne (Kristoffersen & Breievne, 2006).

Hummelvoll (2004) snakker om lidelsesaspektet, og viser til at det kan deles inn i fire ulike aspekter. Ett av disse er eksistensiell lidelse. Den eksistensielle lidelsen har hovedvekt på pasientenes brutte forhåpninger om hvordan livet skulle være. Travelbee (1999) snakker om at lidelse er kjennetegnet av håpløshet, sinne og bitterhet. Hun snakker videre om lidelse som en erfaring pasienten opplever som varierer i både dybde, varighet og intensitet. Hun mener at det er sykepleieren som skal hjelpe pasienten til å finne en mening med lidelsen, og lindre den (Kristoffersen & Breievne, 2006).

4.1 Sykepleierens rolle i palliativ behandling og rehabilitering

Sosialdepartementet beskriver sykepleierens funksjon som helsefremmende og forebyggende, behandlende, lindrende, rehabiliterende, undervisende, administrerende og fagutviklende. Slik det står beskrevet har sykepleieren en sentral rolle, både innenfor rehabiliteringsprosessen og den lindrende behandlingen hos pasienter med kreft. (Kristoffersen, Nortvedt & Skaug, 2006). Sykepleieren spiller en viktig rolle i forhold til handlingsberedskap og symptomlindring hos pasientene. Sykepleieren kan ofte fungere som en videreformidler for pasientene til andre instanser, og spiller en sentral rolle når det gjelder informasjon som skal videre. Sykepleieren skal se hver enkelt pasient sitt behov, og få pasientene til å mestre sykdommen og lidelsen. Det er sykepleierens ansvar og henvise pasientene til andre hjelpeinstanser, og samtidig samarbeide med disse. For sykepleieren kan det være nesten uoverkommelig å finne mening med den smerten som pasientene har. Sykepleieren skal bistå hver enkelt pasient med å fremme helse, og forebygge sykdom (Travelbee, 1999). I standard for palliasjon (2004) står det at sykepleieren skal ha myndighet til å kunne gjennomføre de praktiske prosedyrene som trengs. Sykepleieren skal kunne følge opp de behandlingsregimene som er bestemt, for å bedre kontinuiteten og kvaliteten på tjenestene.

4.1.1 Sykepleieren som koordinator

En sykepleier som er ansatt i kommunen kan sitte med en koordinerende funksjon. Denne koordinerende funksjonen kan stå sentralt i samarbeidet mellom de ulike helsetjenestene (Haugen, 2007). Koordinatoren sin jobb går ut på å sikre at prosessen går slik den skal, og må kartlegge pasientene sine behov og ressurser. Her er det viktig at sykepleieren og pasientene får opprettet en god relasjon, slik at pasientene kan føle seg trygg på koordinatoren (Normann, Sandvin & Thommesen, 2009).

I standard for palliasjon står det skrevet at hver pasient skal ha en koordinator i kommunen. Innenfor den palliative sykepleien er det sykepleier som har hovedansvaret for pasientene, og som vil bli deres koordinator. Sykepleieren skal kunne komme med råd og veiledning til de andre som jobber i kommunehelsetjenesten (Haugen et al, 2006).

4.2 Sykepleiefaglig forsvarlighet

I helsepersonelloven § 4, 1 og 2 står det:

Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig.

Helsepersonell skal innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner, og skal innhente bistand eller henvise pasienter videre der dette er nødvendig og mulig.

Dersom pasientens behov tilsier det, skal yrkesutøvelsen skje ved samarbeid og samhandling med annet kvalifisert personell.

Norsk sykepleieforbund (2008) skriver at krav om faglig forsvarlighet blant sykepleiere er vektlagt på grunn av hensyn til pasientene. Pasientene skal ikke påføres unødig smerte og lidelse. Sykepleiere skal ikke utføre handlinger de ikke føler de er kvalifisert til, og det er viktig at man respekterer sine faglige begrensninger. Ut i fra pasientenes behov skal sykepleieren utføre kvalitativ god sykepleie. Yrkesreguleringen i forhold til sykepleiefaget kan

deles inn i ytre og indre reguleringer. De ytre reguleringene er det som står nedfelt i lovverket. Her er det snakk om helsepersonelloven, spesialisthelsetjenesten, pasientrettighetene og lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern. Den indre reguleringen, selvreguleringen, er verdier og normer som står i forhold til det faglige (Kvesteh & Mikkelsen, 2010).

5. SAMHANDLING

Gjennom dette kapittelet vil samhandlingsreformen vektlegges. Siden jeg har avgrenset oppgaven til å omhandle samhandling mellom den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten, ser jeg det som naturlig å skrive om begge disse tjenestene. I tillegg til dette vil tverrfaglige og koordinerte helsetjenester, og betydningen av disse omtales. Palliative enheter vil omtales under kapittelet om den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

5.1 Samhandlingsreformen

Samhandling er uttrykk for helse- og omsorgstjenestenes evne til oppgavefordeling seg imellom for å nå et felles, omforent mål, samt evnen til å gjennomføre oppgavene på en koordinert og rasjonell måte. (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009).

Som grunnlag for dannelsen av samhandlingsreformen ligger tre hovedutfordringer. Den første utfordringen er at pasientenes behov for koordinerte tjenester ikke er tilfredsstillende, da det oppleves fragmenterte tjenester. Den andre utfordringen som ligger til grunn for samhandlingsreformen er at begrensnings og forebyggingen av sykdom er for dårlig, da helsetjenestene preges av for liten innsats. Den siste utfordringen handler om at samfunnets økonomiske bæreevne er truet. Et av regjeringens mål er å kunne legge vekt på pasientenes behov for helhetlige og koordinerte tjenester. Videre handler samhandlingsreformen om at pasientene skal ha rett behandling, på rett sted, og til rett tid. Ved å innføre samhandlingsreformen ønsker regjeringen å ivareta pasientenes behov for koordinerte tjenester. Alle pasienter skal ha lik tilgang til likeverdige helse- og omsorgstjenester (Helse- og omsorgsdirektoratet, 2009 kap 1).

Målene for samhandlingsreformen er økt livskvalitet blant pasientene og de pårørende. Det skal kunne tilbys helhetlige og koordinerte helsetjenester, og målet er at det skal bli et redusert behov for helsetjenester. Dette reduserte behovet for helsetjenester vil i neste omgang gi en dempet vekst i bruk av sykehusene. For at disse målene skal kunne nås er det viktig at det satses på helsefremmende og forebyggende arbeid. Det skal i større grad enn tidligere legges vekt på rehabilitering og brukerinnflytelse. Kommunene skal ha klare samarbeidsavtaler med

blant annet spesialisthelsetjenesten, og en større del av helsetjenestene ytes av kommunehelsetjenesten. Gjennom tilrettelegging av et vesentlig bedre samarbeid mellom helse- og omsorgstjenestens ulike aktører og profesjoner, vil dette kunne utvikles. Samhandlingsreformen vil gjøre det lettere for folk å få helsehjelp lokalt i kommunen. Dette vil også si at mennesker med kroniske lidelser skal få bedre oppfølging.

Mange pasienter skrives i dag ut av sykehuset uten tilstrekkelig oppfølging. Årsaken ligger i at samhandlingen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten ikke er god nok. Alle de ulike leddene i helsetjenesten har som mål å opprette et godt samarbeid (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009 kap 1). Pasienten skal i hovedsak behandles i sitt nærmiljø, og samhandlingsreformen legger opp til at hver pasient skal ha en fast kontaktperson (Sæterstrand & Tingvoll, 2010).

5.2 Tverrfaglig samarbeid og koordinerte helsetjenester

Tverrfaglig samarbeid vil si at mange ulike helsetjenester rundt pasienten arbeider mot et felles mål. Denne typen samarbeid kan være gunstig i de tilfeller hvor man er nødt til å jobbe på tvers av profesjongrensene for at pasientene skal få et best mulig tilbud. Samarbeidet forutsetter at det blir laget avtaler mellom de ulike helsetjenestene, og det er lovpålagt i følge ny lov om helse- og omsorgstjenester. Disse samarbeidsavtalene er også nyttige i forhold til samarbeid mellom kommunehelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste (Bredland, Linge & Vik, 2011).

Kaasa (2007) sier at de menneskene som utfører pleie og omsorg til palliative pasienter må samarbeide slik at det er til det beste for pasientene og de pårørende. Målet med samarbeidet er økt livskvalitet hos pasientene. Både pasientene og de pårørende skal ha rett til nødvendig kompetanse når de har behov for det. Sosial – og helsedirektoratet (2005) skriver i sin veileder «Nasjonale strategier for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten» at for å kunne bedømme om en tjeneste er av god kvalitet må man se på flere forskjellige faktorer. Tjenestene må være virkningsfulle, trygge og sikre. I tillegg må de gi pasientene innflytelse. Kontinuitet og samordning er viktige begreper når det gjelder kvaliteten på

helsetjenestene. Det er viktig at alle ressursene er utnyttet på en god måte. Tjenestene skal være rettferdig fordelt og tilgjengelige for de som har behov for dem.

5.3 Kommunale helse- og omsorgstjeneste

I følge stortingsmeldingen nr. 47 vil kommunene vil få flere oppgaver og penger slik at de kan utføre flere tjenester som før har tilhørt spesialisthelsetjenesten. Det betyr at kommunene får en sterkere rolle i helse- og omsorgstjenesten. Det står i helse- og omsorgstjenesteloven av 2012 at det er en rettighet for befolkningen å få nødvendig helsehjelp. De individuelle behovene som pasientene har skal imøtekommes. Loven sier derimot ingenting om hvordan disse tjenestene i kommunen skal organiseres. Hvordan denne organiseringen skal foregå kommer fram av helse- og omsorgstjenesteloven § 1-1 å:

forebygge, behandle og tilrettelegge for mestring av sykdom, skade, lidelse og nedsatt funksjonsevne, fremme sosial trygghet, bedre levevilkårene for vanskeligstilte, bidra til likeverd og likestilling og forebygge sosiale problemer, sikre at den enkelte får mulighet til å leve og bo selvstendig og til å ha en aktiv og meningsfylt tilværelse i fellesskap med andre, sikre tjenestetilbudets kvalitet og et likeverdig tjenestetilbud, sikre samhandling og at tjenestetilbudet blir tilgjengelig for pasient og bruker, samt sikre at tilbudet er tilpasset den enkeltes behov, sikre at tjenestetilbudet tilrettelegges med respekt for den enkeltes integritet og verdighet og bidra til at ressursene utnyttes best mulig.

I framtiden vil kommunen få et mer helhetlig ansvar for folkehelsearbeidet. Kommunene skal drive med forebyggende og helsefremmende arbeid, også tverrsektorielt. De skal tilpasse de lokale forholdene til 1. og 2. linje med hovedfokus på nærhet og trygghet i samarbeidet. I hovedsak skal kommunene drive med tverrfaglige tjenester, og gi tilbud til pasientene før, i stedet for, og etter sykehusinnleggelse (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009, kap 1).

Forslaget om en ny kommunal helse- og omsorgstjenestelov er basert på at kommunen får et overordnet ansvar for helsetjenestene. Kommunen vil få et mer helhetlig og tydeligere ansvar, og større frihet til selv og kunne tilpasse tilbudet i kommunen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009 kap 6.1). I standard for palliasjon (2004) står det at

kommunehelsetjenesten, med vekt på hjemmebasert omsorg skal koordinere tjenestene rundt pasientene som skal tilbringe den siste tiden av livet i hjemmet sitt. Sykepleieren skal skaffe pasientene de nødvendige hjelpemidler når det trengs, og skal samarbeide med spesialisthelsetjenesten og palliative team for å tilstrebe en god livskvalitet for pasientene.

5.3.1 Palliative enheter

Det finnes palliative enheter i både kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. I standard for palliasjon (2004) står det at de palliative enhetene har ansvar for polikliniske konsultasjoner, og vurdering av pasientene før en eventuell innleggelse hos den palliative enheten. I tillegg vurderes smerte- og symptomlindring ved de palliative enhetene, og pasientene og de pårørende får vurdering, hjelp og råd ved eksistensielle og sosiale problemer.

Kaasa (2009) skriver at palliative enheter skal ta for seg de palliative pasientene som har akutte problemer. I den palliative enheten er det kort liggetid, fra fem til sju dager. Her planlegges også den videre oppfølgingen av pasientene når de kommer hjem. I tillegg er det viktig at de palliative enhetene har et tett samarbeid med smerteklinikkene i kommunene og spesialisthelsetjenesten (Standard for palliasjon, 2004).

5.4 Spesialisthelsetjenesten

Loven om spesialisthelsetjenesten § 1-1, sier at formålet er å:

fremme folkehelsen og å motvirke sykdom, skade, lidelse og funksjonshemning, bidra til å sikre tjenestetilbudets kvalitet, bidra til et likeverdig tjenestetilbud, bidra til at ressursene utnyttes best mulig, bidra til at tjenestetilbudet blir tilpasset pasientenes behov, og bidra til at tjenestetilbudet blir tilgjengelig for pasientene.

Ut i fra stortingsmelding nr. 47 skal framtidens spesialisthelsetjeneste ha ytterligere spesialisering. I tillegg til dette skal de møte pasientenes behov for koordinerte tjenester. Spesialisthelsetjenesten skal planlegge forløp for pasientgrupper med kroniske sykdommer.

Dette skal skje i dialog med pasientene. De skal i tillegg til dette være en støtte for kommunene som har fått en oppgradert rolle. Spesialisthelsetjenesten skal drive med mer veiledning i tillegg til opplæring (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009 kap. 10.1).

6. DRØFTING

Gjennom diskusjon i drøftingen vil jeg se på hvordan sykepleiere kan gi pasienter med kreftsmarter i den palliative fasen, økt livskvalitet. Dette gjennom koordineringen av helsetjenester via kommune og spesialisthelsetjenesten. Jeg har videre valgt å dele drøftingen inn i tre avsnitt, hvor Travelbee sine begreper vil være hovedfokus, knyttet opp mot teorien.

Travelbee og lidelsesbegrepet

Travelbee (1999) la vekt på at det var viktig at sykepleieren hadde evne til å kunne observere og vurdere pasientenes behov på en selvstendig måte. Hun var opptatt av hvordan man som sykepleier kunne lindre pasientenes lidelse. For å få til dette måtte man være tilstede for pasientene, og vise at man var tilgjengelig. Sykepleieren måtte se behovet pasientene hadde, for å kunne hjelpe. For å kunne være mer til stede for pasientene, og se nettopp deres behov er det viktig for pasientene å ha faste kontaktsykepleiere. I 1992 skrev Helse- og omsorgsdepartementet at eksperter i palliativ medisin skulle kunne reise hjem til pasientene som trengte dette, fordi pasientene burde få dekket sitt medisinske behov i et samarbeid med kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. De pasientene som trengte spesialvurderinger skulle få tilbud om hjemmebesøk fra palliative enheter. Allerede i 1992 så man at det var behov for mer spesialiserte tjenester innenfor palliasjon. Det ville være nyttig med et tverrfaglig team, hvor mange forskjellige yrkesgrupper med ulik kompetanse kunne samarbeide (Helse- og omsorgsdepartementet, 1992 kap 10.4). For å kunne forebygge mange innleggelse i sykehus og motvirke lang reisevei for pasienter, er tverrfaglige team et tiltak. Disse teamene har flere ansatte med tverrfaglig kompetanse, og disse er i tillegg med på å gi kompetanseoverføring mellom behandlingsnivåene. For kommunene kan det å opprette ambulante team bidra til større tverrfaglig kompetanse innad i kommunen. De tverrfaglige teamene vil kunne sikre god koordinering og helhetlig oppfølging, i tillegg til at de vil være mottakelige for veiledning og bistand fra spesialisthelsetjenesten (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009 kap 6.5). Også Simonsen & Simonsen(2009) mener at dette er viktig, da de har erfaringer rundt det:

I min drømmeverden skulle en person som fikk en slik alvorlig diagnose som det Tone fikk, bli presentert for et team av mennesker(...) Dette teamet skulle ha samarbeidet om å jobbe helhetlig med personen for at han eller hun skulle bli frisk igjen, samtidig som de sørget for best mulig livskvalitet mens de gjorde det (Simonsen & Simonsen, 2009 s 67).

Pasienter med kreft som skal inn til sykehus for palliativ strålebehandling, vil trenge tjenester fra både kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Kvaliteten på tjenestene fra begge instansene er avgjørende for hvordan den totale kvaliteten på tjenestetilbudet blir. Halvorsen (2005) sier at tverrfaglig samarbeid ofte kan bli utfordrende hvis det samarbeides på tvers av forskjellige forvaltningsnivåer. Mange av pasientene har behov for vekselvis tilbud fra både spesialisthelsetjeneste og kommunehelsetjenesten. Særlig gjelder dette de pasientene som har alvorlig kreft eller har en annen kronisk sykdom. I den siste slutfasen av livet har ofte denne pasientgruppen behov for tjenester fra begge nivå samtidig, og det er av den grunn viktig med koordinering mellom tjenestene og kontinuitet (Haugen, 2007). Mange av disse pasientene opplever at det er vanskelig å få den hjelpen de trenger. Behandlingssystemet er dårlig koordinert og komplisert. Tjenestene i behandlingssystemet er dårlig samkjørt, og risikoen for at feil oppstår er store. Pasientene opplever store påkjenninger på grunn av at tjenestene er dårlig koordinerte. Av egne erfaringer har jeg sett at pasienter må vente unødige lenge på behandling, og flere av disse pasientene er så dårlige at de ikke har ressurser til å mase på behandling. Etter at samhandlingsreformen ble introdusert var målet at den skulle bidra til økt pasientsikkerhet, at pasientene skulle oppleve bedre kvalitet på tjenestene og økt livskvalitet (Kveseth & Mikkelsen, 2010). Likevel er det fortsatt en lang vei å gå, da koordineringen av helsetjenestene i kommunene og spesialisthelsetjenesten fortsatt er for dårlig, og gir pasienten et dårlig behandlingstilbud. Konsekvensene ved at pasienten får et dårlig behandlingstilbud kan være med på å forsterke de lidelsene vedkommende allerede har. I tillegg krenkes verdigheten til den døende (Helse- og omsorgsdepartementet, 1992, kap. 5.5). Gjennom mine erfaringer ser jeg at pasienter som har et dårlig behandlingstilbud til slutt velger å gi opp kampen mot helsevesenet, og kampen mot sykdommen.

I en rapport fra Kunnskapssenteret utført i 2010, viser resultatene at kreftpasientene ikke følte samhandlingen var god nok. 60 % av pasientene mente at samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten kunne forbedres. I tillegg viste rapporten av pasientene følte de fikk for lite informasjon om smerter og smertelindring. I

forskningsartikkelen skrevet av Iversen, Holmboe & Dahle fra 2010, kommer det fram at mange av pasientene ikke fortalte at de hadde smerter. Dette kunne forklares ut i fra feiloppfatninger, misforståelser eller manglende kunnskaper om smerte og smertelindring. Dette viser at pasienter med kreft, som får dårlig informasjon om smertelindring, ofte velger å ha smerter enn å be om behandling. Travelbee (1999) skriver om det å være sykepleier og skulle bistå et menneske som har smerter. Hun var opptatt av at sykepleieren skulle vektlegge pasientenes subjektive opplevelse av smerte. Hvis pasientene ga uttrykk for smerte, skulle sykepleieren godta dette, og iverksette tiltak for bedring av livskvaliteten. Hun mente at opplevelsen av pasientenes lidelse var personlig, men sykepleieren kunne hjelpe pasientene i de tilfellene hvor det fantes en gjensidig forståelse. Pasienter som hadde mye smerter trengte mye omsorg og forståelse, både fra sykepleieren og omgivelsene rundt pasientene. For at pasientene skal kunne oppnå bedre livskvalitet må de gjennom palliativ rehabilitering bli optimalt smertelindret. Wu et al (2006) viser til at den palliative strålebehandlingen reduserte smertene hos pasientene som hadde skjelettmetastaser, og økte livskvaliteten deres. 75 % av pasientene med skjelettmetastaser opplevde god lindring av smerter etter den palliative strålebehandlingen, og ofte kunne pasientene oppleve bedring i løpet av noen uker (Lund & Kaasa, 2008).

Det er fastlegen som er den ansvarlige når det gjelder den medisinske behandlingen hos de palliative pasientene. Mange pasienter som er i den palliative fasen ønsker å tilbringe den siste tiden hjemme, men er avhengig av tett oppfølging av fagfolk. Palliativt team fra sykehuset som har en ambulerende funksjon kan være en nøkkelspiller for fastlegen, i tillegg til de sykepleierne som er i kommunehelsetjenesten. Disse nøkkelspillerne er viktige for å kunne ivareta pasientenes behov, og for å kunne øke deres livskvalitet i slutfasen av livet. Rapporter blant annet fra Kongsberg, viser at det er vanskelig å få fastlegen til å delta så mye som man skulle ønske i behandlingsnettverket (Haugen, 2007). Dette i forhold til smertelindring og generell oppfølging av pasienter hjemme. Espen skriver i boka «Sammen til verdens ende» (2009) hvordan han og sin kreftsyke kone ble møtt på sykehuset, da de hadde fått beskjed om at de kunne komme tilbake hvis det oppstod noe:

«Det var her vi hadde menneskene vi stolte på, som kjente sykdommen til Tone, for ikke å snakke om kroppen hennes, hvordan det så ut inni den, og hva som skulle til for å gjøre hverdagen vår så god som mulig. Ikke nok med at de hadde gitt opp muligheten for at hun skulle bli frisk, nå henviste de oss altså også til fastlegen!? - en lege vi ikke hadde hatt noe med å gjøre disse to årene, en lege vi faktisk aldri hadde truffet» (Simonsen & Simonsen, 2009 s 65).

Dette understreker viktigheten av kontinuerlig samarbeid mellom fastlege og spesialisthelsetjenesten, like mye som kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Det å bli fulgt opp av faste personer over tid, som man kan skape tillit og trygghet til, og som kjenner til pasientene.

Resultater fra forskning utført i England av Hugginson, Astin og Dolan i 1998, viste at de pasientene som døde hjemme var de pasientene som hadde kreft i skjelett, bindevev, colorectum, lunge og åndedretsorganer. Forskningen viste også at det var flest yngre folk som valgte å dø hjemme, mens eldre pasienter døde på institusjon. I tillegg var det en forskjell i kjønn, det var flest mannlige pasienter som valgte å dø hjemme. Selv om det fortsatt var sykehuset som hadde den høyeste andelen av dødsfall relatert til kreft, kunne man se at prosentandelen var redusert. Det var allerede på denne tiden blitt en økende bruk av hospice, palliative enheter og andre kommunale virksomheter som boliger og sykehjem. Hugginson, Astin og Dolan (1998) mente at denne trenden trolig ville fortsette også framover i tid. En undersøkelse som ble utført i Tyskland i 2004 viste at 75 % av pasientene med kreft ønsket å dø hjemme, mens kun 15 % ønsket å dø på institusjon. Allikevel var det kun 32 % av disse pasientene som døde hjemme, mens 55 % døde på sykehus. Dette viser at det allikevel ikke har skjedd så stor endring siden Hugginson, Astin og Dolan gjennomførte sin forskning i 1998. Grunnen til at mange av pasientene ikke får oppfylt ønsket sitt om å dø hjemme, er at det er manglende ressurser innenfor helsetjenesten. Dette fører til mangel på trygghet, både blant pasienter og pårørende (Rosland, Hofacker & Paulsen, 2006). Haugen (2006) viser til at det er vanskelig å få til en organisering av hjemmedød, da flere av pasientene ofte har behov for institusjonsopphold. Hvis pasientene skal få et tilbud for pasientene i hjemmenes deres er det viktig å legge vekt på individuelle behov. For å få til dette er samarbeid med kommunehelsetjenesten, helsepersonell med spesiell kompetanse og spesialisthelsetjenesten viktig. Et godt koordinert nettverk, basert på kontinuitet er viktig for at pasientene og

pårørende skal føle seg trygge nok til å kunne planlegge en hjemmedød. Pasientene er avhengig av å ha tilgang på tjenester hele døgnet. For å få til dette er en individuell plan viktig, hvor de ulike kontaktpersonene kan skrives ned (Rosland, Hofacker & Paulsen, 2006).

Det er opprettet, og blir stadig opprettet flere palliative enheter og palliative foretak rundt om i landet. Dette er med på å bidra til at pasientene kan få dø hjemme. Også de palliative enhetene i sykehjemmene er med på å bidra slik at pasientene kan få være hjemme i sitt nærmiljø (Haugen, 2007). I stortingsmelding nr 47 er det et eget kapittel som omhandler lindrende behandling. Det blir igjen repetert at målet med den palliative behandlingen skal være best mulig livskvalitet for pasientene. De palliative enhetene har helsepersonell som er kompetente innenfor sitt fagfelt, og som driver med avansert lindrende behandling. Dette tiltaket kan være med på å gi de hjemmeboende palliative pasientene et godt tilbud (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009 kap 6.4.2). Travelbee (1999) mente at for at smertelindringen skulle få optimal effekt, var det viktig at pasientene ga tilbakemelding om behandlingen til sykepleieren kontinuerlig. For at dette skulle skje, måtte kommunikasjonen mellom sykepleieren og pasientene være optimal.

Travelbee og kommunikasjonsbegrepet

Travelbee (1999) mente at kommunikasjon var helt elementært for å kunne oppnå en god relasjon til pasientene. Hvis man klarte dette gjennom å kommunisere, ville pasientene åpne seg opp og vise at de stolte på sykepleieren. Dette er viktig hvis sykepleieren skal kunne få iverksatt tiltak på tvers av helsetjenestene. I tillegg vil en god relasjon med pasientene måtte være en forutsetning i de tilfeller hvor sykepleieren skal utføre sykepleie i pasientenes hjem. Travelbee la stor vekt på kommunikasjon med enkeltpasienter, men her er det også viktig å se nødvendigheten av god kommunikasjon mellom helsepersonell, og fra helsetjeneste til helsetjeneste.

I 1992 bestemte helse- og omsorgsdepartementet at det burde etableres rutiner rundt samarbeidet og kommunikasjonen mellom helsepersonell. Disse rutinene skulle gjelde for både personell på samme nivå, og mellom nivågrensene. Pasientene bør få hjelp fra forskjellige yrkesgrupper, da de har forskjellige plager og symptomer. Det er viktig med et

godt samarbeid da pasientene skal få den nødvendige hjelpen, samtidig som det helst skal unngås å legge pasientene inn i sykehus. Samarbeidsrutinene må tilpasses den enkelte kommune og sykehus, men hovedfokus skal være at informasjonen ved overflyttinger skal være fullstendig (Helse- og omsorgsdepartementet, 1992 kap 10.7). For at dette skal kunne skje er det en forutsetning at det finnes nok kvalifisert personell i kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten slik at den uhelbredelige syke og døende kan få god nok behandling. I slutfasen av livet bør god livshjelp ha hovedvekt på å ivareta pasientene og pårørendes behov. Helsepersonell må ha både praktiske ferdigheter innenfor lindrende behandling, men også teoretisk innsikt fordi lindrende behandling er et komplekst og sammensatt fagfelt (Helse- og omsorgsdepartementet, 1992 kap 10.3).

Selve organiseringen av den palliative rehabiliteringen til pasienter med kreft er det kommunen som har ansvar for. Allikevel er også spesialisthelsetjenesten pålagt et visst ansvar i forhold til rehabilitering. I forskrift om habilitering og rehabilitering står det at spesialisthelsetjenesten er ansvarlig for at personer tilbys nødvendig rehabilitering, og de skal sørge for at det blir opprettet en koordinerende enhet. Allikevel er det viktig at hovedansvaret for rehabiliteringen ligger et fast sted (Normann, Sandvin & Thommesen, 2009). For at pasientene skal få best mulig oppfølging fra kommunen når de skrives ut, er det viktig at spesialisthelsetjenesten etablerer et samarbeid med kommunehelsetjenesten så tidlig som mulig. Den dagen pasientene skrives ut av sykehuset, er det de kommunale helsetjenestene som skal være sentrale i det videre forløpet. Det som ofte er et problem på det stadiet, er at de kommunale tjenestene kommer for sent inn i bildet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2005 kap 1). Den palliative rehabiliteringen er viktig, og den bør være god. Det er av den grunn viktig at det blir avgjort tidlig hvilke fagpersoner og hvilke tjenester det er aktuelt å benytte i arbeidet. For døende pasienter er palliativ rehabilitering avgjørende, slik at de får en medisinsk behandling som gir best mulig smertelindring. Det er pasientene sine plager, ønsker og mål som er målsettingen i rehabiliteringsarbeidet, og det å kunne gi pasientene en bedret livskvalitet (Helse- og Omsorgsdepartementet, 2005 kap 7.5).

WHO legger vekt på at pasienter som er i den palliative fasen skal få leve et aktivt liv som mulig fram til døden inntreffer (WHO, 1990). For at dette skal skje må sykepleieren hjelpe pasientene til å tilpasse seg de endrede omstendighetene, slik at de kan leve et liv som er mest mulig tilfredsstillende. Sentrale faktorer når det gjelder palliativ rehabilitering er å begrense

konsekvensene av utviklingen som sykdommen har, og i tillegg bidra til at pasientene opplever symptomkontroll. Helhetlig behandling og omsorg, god tilgjengelighet og nærhet er viktige faktorer innenfor rehabiliteringen. Kommunene skal bidra til dette gjennom en forankring av helsetjenesten i kommunen. I tillegg skal de sikre behandling av pasienter på riktig nivå, og de skal bidra slik at det blir riktige prioriteringer av ressursene (Helse og omsorgsdepartementet, 2005 kap 2.3.2). Det er pasientene som vil bli den tapende part i de tilfeller hvor samhandlingen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten ikke fungerer. Dårlig samarbeid og kommunikasjon mellom de ulike aktørene innenfor helsetjenestene, kommer av uenighet i de faglige vurderingene for hva som er best for pasientene. Dette mener Eldstad (1991) som videre sier at for å fremme samarbeid mellom aktørene og profesjonene må det etableres et ansvarsområde som er felles (Halvorsen, 2005). Et forsøk på å motvirke uheldige konsekvenser av spesialiseringen i helsevesenet, er samarbeid og samordning. Dette gjelder spesielt for de pasientene som har sammensatte behov. Samhandlingsreformen møter spesielt utfordringer når det gjelder denne pasientgruppen. Store behov vil si at det ikke er noen av tjenestenivåene som alene kan løse de utfordringene som eksisterer. Dette gjelder i høyeste grad pasienter med kroniske sykdommer som kreft. For å kunne legge til rette for pasienter med kreft, er det derfor viktig at kommunen har et sterkere fokus på pasientforløpet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009 kap 5.1). Bedre samhandling legger stor vekt på helhet, kontinuitet, koordinering, kommunikasjon og felles ansvar. Det kreves ikke kun tekniske og strukturelle løsninger. I tillegg vil det kreves en holdningsendring rundt hvordan man skal og må samhandle og kommunisere, for at samhandlingen skal bli tilfredsstillende.

Martinsen (2009) skriver om den faglig dyktige sykepleier som har lært seg moral, og som er reflektert i sine handlinger. I sammenheng med pasientgruppen med kreft, og ivaretagelsen av deres behov for smertelindring og livskvalitet, er det å være kritisk viktig. Travelbee (1999) mener at for å kunne møte pasientenes behov slik at samhandlingen blir et godt resultat, er kommunikasjon mellom sykepleier og pasientene betydningsfullt. Hun mener at kommunikasjon er grunnlaget for å kunne skape et menneske – til – menneske – forhold.

Menneske – til – menneske- forhold

Hovedmålet med et menneske – til – menneske – forhold var at pasientene sine behov for sykepleie skulle bli ivaretatt. Travelbee (1999) så viktigheten av kontaktpersoner innenfor sykepleien, ved at hun la vekt på menneske- til menneske forholdet, og betydningen av relasjoner. For å kunne gi god og forsvarlig sykepleie til pasienter med kreftsmerte, mener McCaffery og Beebe (2007) at sykepleieren skal kunne se problemene, og iverksette tiltak. Deretter er det viktig at sykepleieren evaluerer kontinuerlig underveis, og foretar justeringer hvis det trengs. Det er i det store og hele viktig at sykepleieren bruker sykepleieprosessen. For å kunne få til dette er det derfor viktig at pasientene har en fast person, koordinator, som de kan ta kontakt med. I Telemark ble det utført et prosjekt som hadde som mål å lage individuelle planer til pasienter med alvorlig kreftsykdom. I tillegg til den individuelle planen fikk de og en bestemt kontaktsykepleier å forholde seg til. Resultatene fra prosjektet viste at samhandlingen ble bedre, og at både pasientene og de pårørende var mer tilfreds med tilbudet de fikk. Ved å opprette en koordinator for pasienten, i tillegg til en individuell plan, vil dette føre til bedre kontinuitet og bedre livskvalitet. Pasientene fikk oversikt over ansvarsfordelingen for de ulike aktørene gjennom bruken av den individuelle planen (Skarsholt, 2005). King et al (2009) skriver i sin forskningsartikkel at pasientene bør ta mer kontroll over tjenestene og kontinuiteten i dem. Bra kontinuitet i tjenestene fører til at pasientene opplever bedre livskvalitet, og mindre behov for omsorg. Her kommer man tilbake til individuell plan og viktigheten av den. For at pasientene skal oppleve samhandlingen som en sammenhengende behandlingsskjede er det viktig at alle de ulike aktørene holder hverandre informerte gjennom bruken av individuell plan. Det er viktig at fagfolk ved sykehuset kan reise ut til pasientene, og ikke minst gi nødvendig opplæring til kommunehelsetjenesten. De palliative enhetene skal kunne ta i mot dårlige pasienter til akutte innleggelser. I tillegg skal palliative team fungere som bindeledd mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Dette viser til at organiseringen krever helhetlig tenkning (Standard for palliasjon, 2004).

I NOU: 1992 ” Livshjelp – behandling, pleie og omsorg for uhelbredelig syke og døende, står det at livskvalitet er viktig. For å kunne gi pasientene og de pårørende best mulig livskvalitet i slutfasen av livet, skal det tilbys omsorg, pleie og optimal behandling. Respekt for

ukrenkeligheten og verdiene til pasientene er like viktige som den optimale lindrende behandlingen, hvis pasientene skal ha optimal livskvalitet i sluttfasen (Helse- og omsorgsdepartementet, 1992 kap. 5.4). Sykepleierens rolle i den palliative behandlingen av pasientene er å kunne lindre de fysiske plagene som oppstår. I Dagens medisin (2011) står det skrevet at «helse- og omsorgsministeren mener samhandlingsreformen er helt avhengig av sykepleierne for at den skal fungere. Hun mener at sykepleierne har en nøkkelrolle i samhandlingsreformen» (Bakke, 2011). Sykepleieren skal kunne observere pasientene over tid, og vil dermed bli en viktig talsmann for pasientene. Det er viktig at sykepleieren tar initiativ når nye tiltak trengs å iverksettes. Det er sykepleieren som følger opp pasientene i hjemmet, og som er helt sentral for at pasientene skal kunne få god pleie den siste tiden. For å kunne gi pasientene den optimale livskvaliteten må sykepleieren i tillegg kunne forebygge bivirkninger av behandlingen pasientene har fått i sykehuset, og eventuelle komplikasjoner som måtte oppstå (Helse- og omsorgsdepartementet, 1992 kap 10.4). Sykepleieren er sentral for å kunne sikre informasjonsflyten mellom sykehuset og kommunehelsetjenesten. Hvis smertelindringen hos pasienter med kreft skal bli bedre er det fortsatt behov for mer helhetlig og tverrfaglig tilnærming (Ersland et al, 2002).

Travelbee sitt begrep om menneske – til – menneske – forhold er kan bli sett i sammenheng med at pasientene skal kunne ha hver sin faste kontaktperson. For at relasjonen skal bli ideell er kontinuitet og trygghet avgjørende. I Storbritannia ble det i 2009 gjennomført en studie som hadde kontinuitet i helsetjenesten som fokus. De pasientene som hadde best livskvalitet og som følte at de hadde et mindre behov for tjenester fra helsetjenesten, var de som opplevde en sammenheng i helsetjenesten. Gjennom hele studien legges det vekt på at det er sykepleieren som bør være den ansvarlige koordinatoren, og som er best egnet til å kunne utføre de tiltakene som er iverksatt (King et.al, 2009). Haugen (2007) skriver at en sykepleier kan få en koordinerende funksjon hvis vedkommende er ansatt i kommunen. En studie gjort i Canada viser hvor stor rolle sykepleierne har fått innenfor kreftomsorgen. Her blir sykepleierne brukt som koordinatører. Pasientene og pårørende får hjelp til å mestre symptomer og smertelindring. I Canada blir denne tjenesten innenfor sykepleie kalt PNO, «pivot nurse in oncology». Det sentrale er at sykepleieren skal følge en familie gjennom hele sykdomsforløpet. Sykepleieren skal vurdere hva slags behov pasientene har for pleie og lindring, og de skal ivareta opplæringsbehovet og informasjonsbehovet. Sykepleierne skal ivareta støttebehovet og de skal sikre pasientene og pårørende kontinuitet i helsetjenesten

(Skrutkowski, 2008). Forskning gjort av Walshe et al (2010) viser til hvor stor betydning sykepleierne har i den palliative hjemmeomsorgen. Resultatene viste til at sykepleierne hadde de ferdighetene de trengte for å kunne yte god omsorg og koordinere arbeidet.

Gudbergsson (2008) skriver at den palliative rehabiliteringsprosessen vil endres ut i fra pasienten sin tilstand hele tiden. Man kan ikke se på rehabiliteringsprosessen som kun et enkelttiltak. En viktig faktor innenfor palliative rehabilitering er individuell plan. Den individuelle planen er et verktøy for pasientene slik at de ulike helsetjenestene blir koordinerte. I forskriften om individuell plan står at det pasientene har rett på en person over tid å forholde seg til, en koordinator (Normann, Sandvin & Thommesen, 2009). Alle pasienter med kreft har rett på å få nødvendig helsehjelp, og det er kommunen som har ansvaret for det. Viktige nøkkelspillere for kommunen blir dermed sykepleierne. Deres rolle passer inn i samhandlingsreformen intensjon, og sykepleierne kan få rollen som koordinator innenfor kommunehelsetjenesten. Samarbeid og kontinuitet er viktig for at pasientene skal føle trygghet og få bedret livskvalitet. Innenfor kreftomsorgen er mangel på kontinuitet blitt beskrevet som et av de store problemene. Behovet for helhetlige og koordinerte tjenester er særdeles viktig siden pasientene har sammensatte og komplekse problemer. Regjeringen vil jobbe for at hver enkelt pasient med kreft skal få ha en fast kontaktperson innenfor helsetjenesten (Eklund, 2010).

Travelbee (1999) snakker om sykepleieprosessen og viktigheten av denne.

Sykepleieprosessen, det vil si alt som sykepleieren gjør for og sammen med mottakeren, tar sikte på å hjelpe enkeltindividet eller familien til å mestre eller utholde sykdom og lidelse når disse erfaringene melder seg i individets eller familiens liv (Travelbee, 1999, s 33).

Det er viktig at sykepleieren er oppmerksom på sykepleieprosessen i møte med pasientene. Videre snakker hun om å kunne bruke seg selv terapeutisk. Hensikten med dette er å oppnå en ønsket forandring hos pasientene. I dette tilfelle vil det være å få pasientene best mulig smertelindret slik at livskvaliteten kan øke. Den siste tiden pasientene har igjen, stiller høye krav til sykepleiekvaliteten hvis pasientene skal oppleve god livskvalitet (Rønning, Strand &

Hjermstad, 2008). Livskvaliteten hos alvorlig syke og døende pasienter kan bedres ved at helsepersonell jobber på tvers av faggrupper, og kan samarbeide om best mulig lindrende behandling. Dette vil også føre til en kompetanseoverføring mellom de ulike profesjonene. Ersland et al (2002) mener at hvis ikke helsepersonell klarer dette, skal terskelen være lav for å ta kontakt med annet helsepersonell med spesiell kompetanse. Dette for å kunne få råd og veiledning for å kunne tilrettelegge for et best mulig tilbud for pasientene. Det legges og vekt på styrking av kompetansen innenfor de ulike faggruppene, for å få til et godt tilbud for pasientene. Hegerstrøm (2008) viser til at hvis pasienter med kreft får et koordinert tilbud i hjemmet, vil de kunne opprettholde sitt privatliv. Koordinerte tjenester i dette tilfellet vil si et tilpasset individuelt pleie- omsorgs og behandlingstilbud med mål om god livskvalitet.

7. KONKLUSJON

Man kan si at samhandlingen forutsetter motivasjon fra alle parter. Likeverd og gjensidig respekt er også faktorer som er viktig for at samhandlingen skal finne sted. Felles planer må utarbeides for å kunne løse felles utfordringer. For å gjøre dette er det viktig at det foregår en kontinuerlig kompetansebygging blant helsepersonell. I samhandlingsreformen legges det opp til at kommunen skal ha et sterkt fokus på forebygging, tidlig intervensjon og lavterskeltilbud. Disse faktorene er viktige da de bidrar til unngåelse av sykdom og at denne utvikles. Samhandlingsreformen legger vekt på at helsepersonell som utdannes i fremtiden, må utdannes slik at de er tilpasset de framtidige oppgavene i kommunene. For at de palliative pasientene skal kunne oppleve god livskvalitet i den siste slutfasen, er kontinuitet og god koordinering viktig. Kommunikasjon mellom sykepleier og pasient, og helsetjeneste til helsetjeneste er forutsetningen for god samhandling. Sykepleieren er med på å gi økt livskvalitet hos pasientene ved å være pasientenes talsmann. Etter at relasjonen mellom sykepleier og pasientene er oppnådd og god, kan sykepleieren være en kontaktperson. Ved å være kontaktpersonen eller koordinatoren, kan sykepleieren styre mye av koordineringen og kontinuiteten i helsetjenestene slik at det blir til det beste for pasientene.

8. LITTERATURLISTE

- *Aass, N., Bjordal, K., Tveit, K., M. & Nordøy, T. (2006) *Tumorrettet palliativ behandling*. Tidsskrift Norske Legeforening Nr. 5 2006.
<http://tidsskriftet.no/article/1348869>
- *Bakke, K. A (2011) *Sykepleierne har en nøkkelrolle i samhandlingsreformen*. I dagens medisin. Lokalisert 20.01.12 på: <http://www.dagensmedisin.no/nyheter/-sykepleierne-har-en-nokkelrolle-i-samhandlingsreformen/>
- Bertelsen, B. I. (2007) *Patologi. Menneskets sykdommer*. Oslo: Gyldendal Akademisk AS
- *Bredland, E., L., Linge, O., A. & Vik, K. (2011) *Det handler om verdighet og deltakelse*. Verdigrunnlag og praksis i rehabiliteringsarbeid. Oslo: Gyldendal Akademiske AS
- Dalland, O. (2010) *Metode og oppgaveskriving for studenter* (4. utg). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- *Eidsvåg, B. (2000) Eg ser. [Innspilt av Bjørn Eidsvåg] *På Hittil og littil*. [CD]. [Utgivelsesstedukjent]. Petroleum Records.
- *Eklund, H. B. (2010) *Gir god kreftomsorg*. I Sykepleien 2010 . Lokalisert 6.2.2012 på <http://www.sykepleien.no/fagutvikling/fagartikkel/565642/gir-god-kreftomsorg>
- *Ersland, A. L., Baranczyk, J., Nordstrøm, K., Håvåg, G. S. & Bråtveit, B. (2002) *Bedre lindring med tverrfaglighet*. Sykepleien 90 (20). Lokalisert 13.02.12 på: <http://www.sykepleien.no/fagutvikling/fagartikkel/121755/bedre-lindring-med-tverrfaglighet>
- *Faanes, Nestande & Øverli, 2009 Rehabilitering av kreftpasienter. I Kåresen, R. & Wist, E. (red) *Kreftsykdommer*.(2. utg s 399-407). Oslo: Gyldendal Akademiske
- *Gudbergsson, (2008) Rehabilitering av pasienter med kreft. I Reitan, A., M. & Schjølberg, T., K. (red.) *Kreftsykepleie*. (2. utg s 243-250). Oslo: Akribe
- Halvorsen, K. (2005) Velferdsstatens profesjoner. I *grunnbok i helse og sosial politikk*. 113-139. Oslo: Universitetsforlaget.
- *Haugen, D. F. (2007) *Samhandling om palliasjon*. [Nr. 17 – 6. september 2007](http://tidsskriftet.no/article/1575027)
Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127:2217. Lokalisert 31.01.12:
<http://tidsskriftet.no/article/1575027>

- *Haugen, D. F., Jordhøy, M. S., Engstrand, P., Hessling, H. E. & Garåsen, H. (2006)
Organisering av palliasjon i og utenfor hjemmet. Tidsskrift den norske legeforening.
 Nr 3 2006. Lokalisert 13.02.12 på: <http://tidsskriftet.no/article/1332853>
- *Hegerstrøm, T. (2008) Å arbeide i andres hjem. I Reitan, A., M. & Schjøberg, T., K. (red.)
Kreftsykepleie.(2. utg s 254-258). Oslo: Akribe
- *Helsedirektoratet (2010). *Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i
 Kreftomsorgen.* IS-1529
- *Helse- og omsorgsdepartementet (1999) *Livshjelp.* NOU:1999
- *Helse- og omsorgsdepartementet (1992) *Livshjelp – behandling, pleie og omsorg for
 uhelbredelig syke og døende.* (NOU: 1992) Lokalisert på:
<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/nouer/1999/nou-1999-2.html?id=141460>
- *Helse- og Omsorgsdepartementet. (2005) *Fra stykkevis til helt. En sammenhengende
 helsetjeneste.* (NOU: 2005) Lokalisert på:
<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/nouer/2005/nou-2005-03.html?id=152579>
- *Helse- og Omsorgsdepartementet. (2009) *Samhandlingsreformen.* (St.meld. nr. 47
 2008- 2009). Lokalisert på:
http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2008_-2009/stmeld-nr-47_-2008-2009-.html?id=567201
- *Higginson, I. J., Astin, P. & Dolan, S. (1998) *Where do cancer patients die? Ten-year trends
 in the place of death of cancer patients in England.* Palliative Medicine.
<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=12732e67-4684-44f0-802d-d564a12434bb%40sessionmgr12&vid=8&hid=13>
- * Kreftavdelingen Universitetssykehuset Nord-Norge HF (2009) *Håndbok i lindrende
 behandling.* (2009) Lokalisert på: http://www.unn.no/getfile.php/UNN-Intranett/Enhet/K3K/Dokumenter_2/handbok_lin.pdf
- Hummelvoll, J. K. (2004) *Helt – ikke stykkevis og delt.* Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- *Iversen, J., Holmboe O. & Dahle, K. A (2010) *Kreftpasienters erfaringer med somatiske
 sykehus i 2009.* Nasjonale resultater. I Nasjonalt kunnskapssenter for
 helsetjenesten. Lokalisert 27.01.12 på:
<http://www.kunnskapssenteret.no/Publikasjoner/Kreftpasienters+erfaringer+med+somatiske+sykehus+i+2009.+Nasjonale+resultater.11318.cms>
- Jacobsen, D., Kjeldsen, S., Ingvaldsen, B., Lund, K. & Solheim, K. (2003) *Sykdomslære.
 Indremedisin, kirurgi og anestesi.* Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

- *Kaasa, S. (2004) *Palliativ behandling og pleie*. Lokalisert på:
<http://www.nb.no/utlevering/nb/c3e1011d0e1e19900b5c4a5a98b20c20>
- *Kaasa, S. (2008) *Palliasjon*. Oslo: Gyldendal akademiske AS.
- *Kaasa, S. & Loge, J, H. (2007). Diagnostisering innen palliasjon – en generell innføring. I:
 Kaasa, S. (red.) *Palliasjon*. (2.utg s 75-88). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag
- *Kaasa, S. (1998) Livskvalitetsmålinger i et helseperspektiv. I Kaasa, S. (red) *Palliative
 behandling og pleie*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag
- *Kaasa, S. & Lote, L. (1992) Skjelettmetastaser. I *palliativ strålebehandling*.
http://www.nb.no/utlevering/contentview.jsf?urn=URN:NBN:no-nb_digibok_2007112904097#&struct=DIV4 ..
- *King, M., Jones, L., McCarthy, O., Rogers, M., Richardson, A., Williams, R., Tookman, A.
 and Nazareth, I. (2009) *Development and pilot evaluation of a complex intervention to
 improve experienced continuity of care in patients with cancer*. I *British Journal of
 cancer care*. Lokalisert på:
[http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&hid=7&sid=648a152a-
 bb3c-46f4-b8c3-128cc41706d3%40sessionmgr12](http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&hid=7&sid=648a152a-bb3c-46f4-b8c3-128cc41706d3%40sessionmgr12)
- *Kirkevold, M. (2008) *Sykepleieteorier – analyse og evaluering*. Oslo: Gyldendal
 Akademiske
- Kristoffersen, N. J, Nortvedt, F., & Skaug, E. (2006) Om sykepleie. I Kristoffersen, N. J,
 Nortvedt, F., & Skaug, E. *Grunnleggende sykepleie bind 1*. (utg s) Oslo: Gyldendal
 akademisk.
- *Kveseth, B. & Mikkelsen, J. (2010). Sykepleierens rolle i kvalitetsarbeid. I Knutstad, U.
 (red) *Sentrale begreper i klinisk sykepleie. Sykepleieboken 2*. (3. utg. s 309-346) Oslo:
 Akribe
- *Kåresen R. & Wist E. (2009) *Kreftsykdommer*. Oslo. Gyldendal akademiske.
- *Lov om spesialisthelsetjenesten. [LOV-2011-06-24-30](#). Lokalisert på Lovdata.no. Lest
 23.1.2012.
- *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester. 2012-07-01 Lokalisert på
 Lovdata.no. Lest 25.1.2010
- *Lov om pasientrettigheter. [LOV-2010-04-09-13](#). Lokalisert på Lovdata.no. Lest 25.1.2010
- *Lund, J. Å., Kaasa, S. (2008) Palliativ strålebehandling. I Kaasa, L. (red.) *Palliasjon* (2. utg.
 s 423-433) Oslo: Gyldendal Akademiske.

- *Martinsen, K. (2009) *Samtalen, skjønnnet og evidensen*. Oslo: Akribe
- *McCaffery, M. & Beebe, A. (2007) *Smerter*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- *Nome O. (2008) Generell onkologi. I Reitan, A., M. & Schjølberg, T., K. (red.)
Kreftsykepleie. (2. utg s 272-292). Oslo: Akribe
- Normann, T., Sandvin J. T. & Thommesen, H.(2009) *Om rehabilitering – Mot en helhetlig og felles forståelse?* Oslo: Kommuneforlaget AS.
- *Norsk forening for palliativ medisin (2004) *Standard for palliasjon*. Lokalisert på:
<http://legeforeningen.no/pagefiles/42354/standard%20for%20palliasjon%20%28pdf%29.pdf>
- *Norsk sykepleierforbund (2008) *Det du bør vite om faglig forsvarlighet*. Lokalisert 20.01.12 på:
<https://www.sykepleierforbundet.no/ikbViewer/Content/135908/Faglig%20forsvarlighet.pdf>
- *Rae, B. (2009) *Retningslinjer for smertelindring*. Den norske legeforening.
- *Reitan A. M. & Schjølberg T. K (2008) *Kreftsykepleie. Pasient – utfordring – handling*. Otta. Akribe AS.
- *Rosland, J. H., Hofacker, S. V. & Paulsen, Ø. (2006). *Den døende pasient*. Tidsskrift norske legeforening nr. 4. Februar 126:467-70. Lokalisert 15.02.12:
<http://tidsskriftet.no/article/1340424>
- *Rustøen, T. & Stubhaug, A. (2010) Smerter. I Knutstad, U. (red) *Sentrale begreper i klinisk sykepleie. Sykepleieboken 2*. (3. utg. s 137-181) Oslo: Akribe
- *Rustøen, T. (1991) *Livskvalitet – en sykepleieutfordring*. Lokalisert på:
<http://www.nb.no/utlevering/nb/ddd567c6937f04e63397dfd63bc4422a>
- *Rønning, M., Strand, E. & Hjermsstad, M. J. (2008) Palliativ behandling utenfor sykehuset – hjemmesykepleien. I Kaasa, S. (red.) *Palliasjon*. (2.utg s 213-227)
- *Simonsen, E. & Simonsen, E. (2009) *Sammen til verdens ende*. Horten: Publicom forlag AS
- *Skarholt, S. (2005) *En plan for å se den lidende*. Sykepleien 93(17) 38-39. Lokalisert 14.02.12 på: <http://www.sykepleien.no/fagutvikling/fagartikkel/118598/en-plan-for-a-se-den-lidende>
- *Skrutkowski, M., Saucier, A., Eades, M., Swidzinski, M., Ritchie, J., Marchionni, C. & Ladouceur, M. (2008). *Impact of a Pivot Nurse in Oncology on Patients With Lung or Breast Cancer: Symptom Distress, Fatigue, Quality of Life, and Use of*

Healthcare Resources.

Oncology Nursing Forum. Pittsburgh: 2008.

<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=5&hid=7&sid=648a152a-bb3c-46f4-b8c3-128cc41706d3%40sessionmgr12>

Sosial- og helsedirektoratet (2005) «*Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten*» IS 1162. Veileder. Lokalisert 16.01.12 på:

<http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonal-strategi-for-kvalitetsforbedring-i-sosial--og-helsetjenesten-og-bedre-skal-det-bli-2005-2015/Publikasjoner/nasjonal-strategi-for-kvalitetsforbedring-i-sosial--og-helsetjenesten-og-bedre-skal-det-bli-2005-2015.pdf>

*Sæterstrand, T. & Tingvoll, W. (2010) *Mer samhandling gir bedre kommunehelsetjeneste*. I sykepleien 2010 98 (14). 56-57. Lokalisert 15.01.12 på:

http://www.sykepleien.no/ikbViewer/page/sykepleien/nyheter/nyhetsartikler/vis?p_document_id=548491

*Travelbee, J. (1999) *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Lokalisert på:

<http://www.nb.no/utlevering/nb/d79e249209f7f6e5489b01ce964c5d8f>

Trier, E. M. L (2010) Lindrende sykepleie. I *sykepleieboken 3. Klinisk sykepleie*. Oslo: Akribe.

*Valeberg, Bjordal & Rustøen (2010) *Kreftpasienters barrierer mot smertebehandling*. I Sykepleien Forskning

<http://www.sykepleien.no/forskning/forskningsartikkel/562171/kreftpasienters-barrierer-mot-smertebehandling>

*Walshe, C. & Luker, K. A. (2009) *District nurses' role in palliative care provision: A realist review*. [International Journal of Nursing Studies Volume 47, Issue 9](http://www.ijns.org/Volume47/Issue9), September 2010.

Lokalisert 02.02.12 på: <https://bib.hihm.no/sd/science/article/pii/S0020748910001471>

*Wu, J.S.Y., Monk, G., Clark, T., Robinson, J., Eigl, B.J.C. & Hagen, N. (2006) *Palliative radiotherapy improves pain and reduces functional interference in patients with painful bone metastases: A quality assurance study*. Clinical oncology 18 2006.

<https://bib.hihm.no/sd/science/article/pii/S0936655506001749>

VEDLEGG

Skjema for forskningsartikler

Søkeord	Søkemotor	Treff	Funn
Quality of life, cancer, pain, palliative	Science Direct	14 183	“Palliative radiotherapy improves pain and reduces functional interference in patients with painful bone metastases: A quality assurance study” (2006)
Cooperation, hospice, palliative, pain, health care reform	Science Direct	58	“District nurses’ role in palliative care provision: A realist review” (2010)
Cancer, intervention, continuity of care	Ebscohost	38	“Development and pilot evaluation of a complex intervention to improve experienced continuity of care in patients with cancer” (2009)
Kreft	Sykepleien.no	46	“Kreftpasienters barrierer mot smertebehandling” (2010)
Oncology, healthcare	Ebscohost	30	“Impact of a Pivot

resources, quality of life			Nurse in Oncology on Patients With Lung or Breast Cancer: Symptom Distress, Fatigue, Quality of Life, and Use of Healthcare Resources.” (2008)
Intervention, palliative, death at home	Ebscohost	96	«Where do cancer patients die? Ten-year trends in the place of death of cancer patients in England.” (1998)