



"Hvilke forutsetninger mener sykepleiere er sentrale for å oppnå lindrende omsorg og symptomlindring ved livets avslutning når pasienten ønsker å dø hjemme?"

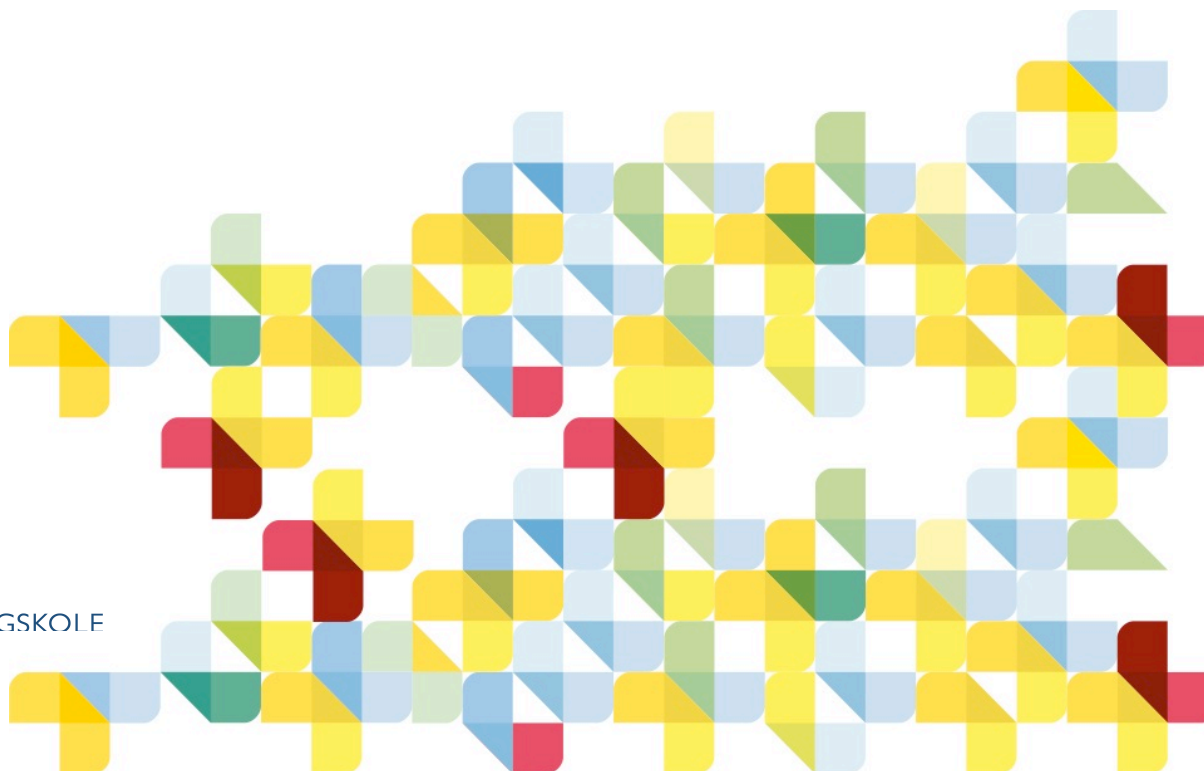
Kandidatnummer: 106
Lovisenberg diakonale høgskole

Fordypningsoppgave
i sykepleie til gamle og syke mennesker.

Antall ord: 4966
Dato: 24.11.16



LOVISENBERG
DIAKONALE HØGSKOLE



ABSTRAKT	Lovisenberg diakonale høgskole Dato 24.11.16
Tittel:	
<p><u>Bakgrunn</u> Etter den nye samhandlingsreformen trådte i kraft (2012) har kommunene fått ansvaret for rett helsetjeneste til sine borgere. Dette setter krav til kunnskap og kompetanse hos helsepersonell, samt nok ressurser for å etterstrebe dette på en faglig forsvarlig måte. Hjemmesykepleien skal bidra på best mulig måte, slik at pasienten kan få en trygg og verdig avslutning på livet, i kjente omgivelser med de nærmeste rundt seg. Likevel dør fortsatt flere på institusjoner, selv om ønsket er hjemmedød.</p> <p><u>Problemstilling</u> "Hvilke forutsetninger mener sykepleiere er sentrale for å oppnå lindrende omsorg og symptomlindring ved livets avslutning når pasienten ønsker å dø hjemme?"</p> <p><u>Metode</u> Litteraturstudie basert på eksisterende forskning og litteratur.</p> <p><u>Drøfting</u> Pårørende og pasienten må selv ha et ønske om hjemmedød, og pårørende blir en viktig ressurs for pasienten og hjemmesykepleien. Kompetanse og tilgjengelighet, å ha en plan, kunne kartlegge, lindre symptomer, dokumentere og samarbeide med annet helsepersonell er viktig forutsetninger for at eldre skal kunne få dø hjemme.</p> <p><u>Konklusjon</u> Forutsetninger som sykepleiere mener er sentrale for å oppnå lindrende omsorg og symptomlindring må ligge tilrette dersom pasienten skal oppleve å dø hjemme. Disse forutsetningen er blant annet godt samarbeid med pårørende og pasient, kompetanse, tilgjengelighet, symptomlindring, dokumentasjon og kommunikasjon.</p> <p>Nøkkelord: Lindrende omsorg, eldre, hjemmeboende, hjemmedød og hjemmesykepleie.</p>	

Innholdsfortegnelse

1. Innledning	1
1.1 Bakgrunn for mitt valg	1
1.2 Presentasjon av problemstilling.....	1
1.3 Avgrensning	2
1.4 Begrepsavklaring	2
2. Metode	3
2.1 Litteraturstudie som metode.....	3
2.2 Litteratursøk	3
2.3 Kildekritikk	3
3. Livets avslutning når pasienten ønsker å dø hjemme	5
3.1 Å ha tid hjemme og å dø hjemme.....	5
3.2 Pårørende.....	5
3.3 Livets avslutning - lindrende omsorg	6
3.4 Livets avslutning - symptomlindring	7
3.4.1 Smerter.....	7
3.4.2 Kvalme	7
3.4.3 Tungpust.....	7
3.4.4 Angst/uro.....	8
4. Livets avslutning i hjemmet	9
4.1 Hjemmetid	9
4.1.1 Pårørende som de ansvarlig i 24 timer.....	9
4.1.2 Forberedende samtale med pasient og pårørende	10
4.1.3 Kommunikasjon underveis i hendelsesforløpet	10
4.2 Sykepleierens rolle ved hjemmetid og hjemmedød	11
4.2.1 Sykepleierens kompetanse og tilgjengelighet	11
4.2.2 Å ha en plan for hjemmetid og hjemmedød	12
4.2.3 Kartlegging, symptomlindring og dokumentasjon	13
4.2.4 Samarbeid og kommunikasjon mellom helsepersonell	15
5. Konsekvenser for praksis og mitt arbeidssted	17
5.1 Strukturert dokumentasjon ved livets avslutning.....	17
6. Konklusjon	18

Referanseliste

Vedlegg 1

Valgfritt pensum

1. Innledning

I 2015 publisert helsedirektoratet en ny rapport om lindrende behandling og omsorg til personer ved livet slutt. I rapporten står det at helsetjenesten er pliktig og har et ansvar for å gi god behandling av sykdommen og omsorg i helhetlig perspektiv, fra diagnosen stilles, gjennom sykdomsperioden og frem til livets avslutning. Lindrende behandling og omsorg har primært vært rettet mot kreftpasienter, men nå er det økt bevissthet på at alle mennesker, uavhengig av diagnose, alder og bosted skal få tilnærmet lik omsorg og behandling ved livets slutt (Helsedirektoratet, 2015).

Dette kan henge sammen med samhandlingsreformen (St. Melding 47) (2008-2009) som gir føringer om at kommunehelsetjenesten skal bistå med hjelp nær hjemmet eller i hjemmet, der i blant personer som trenger pleie og omsorg i hjemmet i livets avslutning.

1.1 Bakgrunn for mitt valg

Etter at den nye samhandlingsreformen trådte i kraft (2012) har kommunene fått ansvaret for rett helsetjeneste til sine borgere. Dette setter krav til kunnskap og kompetanse hos helsepersonell, samt nok ressurser for å etterkomme dette på en faglig forsvarlig måte. Hjemmesykepleien skal bidra på best mulig, slik at pasienten kan få en trygg og verdig avslutning på livet, i kjente omgivelser med de nærmeste rundt seg. Selvom hjemmesykepleien prøver å tilstrebe og tilrettelegge for en god hjemmedød, er det dessverre fortsatt slik at de fleste dør på sykehus eller sykehjem, og ikke hjemme.

Wallerstedt, Sahlberg-Blom, Benizein og Andershed (2012) har gjort en studie som omhandler viktigheten av palliativ pleie, symptomlindring, støtte og kontinuitet, uavhengig av alder, diagnose og bosted. Her ønsket de å ha økt fokus på tilgjengelig pleie og omsorg til alle palliative pasienter, ikke bare til pasienter med kreft.

1.2 Presentasjon av problemstilling

Min problemstilling er følgende:

"Hvilke forutsetninger mener sykepleiere er sentrale for å oppnå lindrende omsorg og symptomlindring ved livets avslutning når pasienten ønsker å dø hjemme?"

1.3 Avgrensning

På grunn av oppgavens omfang velger jeg å avgrense oppgaven til relevant fag- og forskningslitteratur som tar for seg hvilke forutsetninger sykepleieren mener er sentrale ved lindrende omsorg og symptomlindring hos pasienter som ønsker å dø hjemme. Videre har jeg fokus på eldre personer, med alvorlig sykdom og som ikke kan helbredes. Jeg har i tillegg valgt å ha fokus på lindring av symptomer som smerte, kvalme, tungpust og angst/uro ved livets avslutning.

Jeg velger å ikke gå nærmere inn på spesifikke diagnoser eller andre symptomer. I tillegg har jeg valgt å ikke ta med psykososiale og eksistensielle utfordringer hos døende på bakgrunn av oppgavens omfang.

1.4 Begrepsavklaring

Lindrende omsorg handler om aktiv behandling, pleie og omsorg rettet mot både pasienten og pårørende (Grov, 2015).

Livets avslutning eller livets slutfase er når sykdommen er uhelbredelig og prosessen avsluttes når pasienten er død (Grov, 2015).

Symptomlindring betyr lindring av symptomer ved livets avslutning. Symptomene kan være både fysiske og psykiske hos pasienten. Det finnes medikamentell lindring og ikke-medikamentell lindring (Grov, 2015).

2. Metode

Metode er den vitenskapelige og systematiske fremgangsmåten som består av ulike redskaper for å samle inn data og informasjon til oppgavens problemstilling. Metoder som kan brukes til innsamling av data er kvalitativ og kvantitativ. Kvalitativ metode ser på de spesielle kvalitetene og egenskapene. Kvantitativ metode ser på det som kan erfares i tall, mengde- og størrelsesforhold (Rienecker & Jørgensen, 2013).

2.1 Litteraturstudie som metode

I denne oppgaven er det brukt litteraturstudie som metode. Ved å bruke dette som metode, bruker jeg allerede eksisterende forskning og litteratur som finnes til mitt tema.

2.2 Litteratursøk

Databasene jeg har benyttet til denne oppgaven er Cinhal og SweMed.

I de to databasene har jeg brukt søkeord som palliative care, homecare nursing, living at home, hospice and palliative care nursing, terminally ill patientes, symptoms og human dignity. Ved å sette disse søkeordene sammen på ulike måter og med forskjellig avgrensning kom jeg frem til de artiklene som jeg fant relevant for min problemstilling.

Jeg har benyttet ulike inklusjons - og eksklusjonskriterier hvor artiklene ikke er eldre enn ti år, skrevet på norsk, dansk, svensk eller engelsk og at artiklene inneholder sammendrag.

Artiklene som jeg har valgt, har jeg systematisk analysert i en litteraturmatrise (Bjørk & Solhaug, 2008) og den ligger som vedlegg 1 i oppgaven.

2.3 Kildekritikk

Kildekritikk vil si å være kritisk til litteratur jeg har funnet og valgt å bruke i oppgaven.

Databasene som jeg har brukt under litteratursøket er databaser som skolen selv har anbefalt. Dette er databaser som jeg som student har tilgang til, og jeg anser derfor disse som sikre kilder. Alle artiklene jeg har funnet er fra anerkjente tidsskrifter, og artiklene hadde fri fulltekst tilgang.

I tillegg til forskningsartikler, har jeg brukt en fag-artikkel som er publisert i det norske tidsskriftet geriatrisk sykepleie.

For å få belyst og understøttet min problemstillingen mer, har jeg i tillegg hentet relevant litteratur fra internettsider som Vestre Viken, Helseregion Vest, Helsedirektoratet og Regjeringen.

Når jeg har funnet litteratur fra fagbøker har jeg i størst mulig grad benyttet meg av sekundær litteratur. I litteraturen er det flere forfattere som peker seg spesielt ut, slik som Ellen Katrine Grov og Bettina Husebø. Disse to er høyt utdannet og er anerkjente personer innen for mitt tema. I tillegg har jeg valgt å bruke litteratur som skolen anbefaler.

3. Livets avslutning når pasienten ønsker å dø hjemme

I denne delen av oppgaven ønsker jeg å se nærmere på hva det vil si å ha tid hjemme, og å dø hjemme, pårørende, lindrende omsorg og symptomlindring ved livet avslutning.

3.1 Å ha tid hjemme og å dø hjemme

I Norge er det ca. 14 -15 % (Grov, 2012) som dør hjemme årlig, og dette har vært relativt stabilt de siste 10 årene. I følge Grov (2012) har antall dødsfall i hjemmet i Norge gått ned. På 1960 tallet ble hjemmesykepleien bygd ut, noe som skulle øke muligheten for å hjelp og støtte i hjemmet, også til eldre i livets siste fase, likevel har tallet på antall dødsfall i hjemmet gått ned. Økt utbyggingen av omsorgsboliger til eldre og oppussing av sykehjem med egne enheter og avdelinger for alvorlig syke og døende kan være noen av årsakene til at dødsfall i hjemmet har gått ned.

Samhandlingsreformen (St Meld. 47 (2008-2009) har pålagt kommunen større ansvar for eldre og døende, og det kan medføre at flere eldre må være hjemme ved livets avslutning. Hjemmesykepleien er en av kommunens tilbud, som ofte får muligheten til å følge eldre pasienter og deres pårørende over tid, også mot livets slutt. Likevel er det slik at det ikke nødvendigvis fremmer hjemmedød, selvom muligheten er unik. Forklaringen på dette kan være pasientens alder, diagnoser og symptombyrde. Andre årsaker kan være pårørendes alder, grad av slitenhet etter lengre pleie-og omsorg og lite avlastning i hjemmet (Grov, 2012).

For at pasienten skal kunne være hjemme den siste tiden, er det viktig at både pasienten og pårørende ønsker dette, og at de kan føle seg trygge. Sykepleieren får en sentrale rolle når pasienten kommer over i livets avslutning hjemme. Tilgjengelighet og nok kompetanse for å dekke pasientens grunnleggende behov, døgnet rundt, er svært viktig for at pasienten og pårørende skal føle seg trygge hjemme. Trygghet og fagkunnskap om palliativ omsorg er en forutsetning, slik at sykepleieren kan møte både pasienten og den pårørende i en krevende livsfase. Målet blir nødvendigvis ikke hjemmedød, men at pasienten og pårørende får oppleve best mulig tid sammen i hjemmet (Fjørtoft, 2016).

3.2 Pårørende

Pårørende spiller en viktig rolle, og i de fleste tilfellene er det avgjørende at pårørende er tilstedet og kan bistå hjemmesykepleien når pasienten ønsker å avslutte livet sitt hjemme. Det

er pasienten selv som oppgir hvem som er pårørende (pasient- og brukerrettighetsloven § 3-3, 1999).

Pårørende til eldre hjemmeboende kan ha hatt et langt pleie - og omsorgsforløp for den døende, noe som kan tappe de for krefter og motivasjon. Ofte møter eldre pasienter og deres pårørende etiske dilemmaer som ernæring - og væskebehandling, gjenopplivning og antibiotikabehandlinger ved lungebetennelse. Dette kan være med på å skape problemer fordi pårørende og pasient ofte har nært slektskap (Grov, 2012).

Pårørende er både omsorgsytere og samarbeidspartnere, og bidrar til at pasienten kan leve lengst mulig hjemme, også helt til døden inntreffer.

Pårørende til alvorlig syke eller døende gir ofte uttrykk for stort behov for kunnskap, informasjon og samtale. For å imøtekomme dette må det være fagfolk de kan stole på.

Det kan være godt samarbeide med fastlegen, kontakt med palliativt team og hjemmesykepleien som vil gi de pårørende støtte og trygghet (Fjørtoft, 2016)

Det kan være svært krevende for pårørende å utøve pleie- og omsorg til pasienten som er i den palliative fasen, også med tanke på at de står i en ukjent livsfase. Pårørendetilgjengelighet er åpenbart en av de viktigste og sentrale faktorene sammen med sykepleietilgjengelighet, som gjør at alvorlig syke mennesker kan få dø hjemme (Grov, 2010).

3.3 Livets avslutning - lindrende omsorg

Det er umulig å si når et menneske skal dø, eller hvor lang tid den syke har igjen. Det som er sikkert er at ved langtkommen sykdom som ikke kan helbredes, men som gradvis utvikler seg, vil døden inntreffe. Pasienter som er i livets avslutning har kort forventet levetid, likevel er det vanskelig å tidsfeste denne fasen. (Fjørtoft, 2016).

Eldre mennesker har ofte flere og sammensatt sykdommer. Dette medføre større kompleksitet ved behandling, pleie og omsorg (Grov, 2015)

I lindrende omsorg ønsker vi som helsepersonell at pasienten skal få opplevelsen av best mulig levetid, symptomlindring og å opprettholde god livskvalitet (Røgenes, Moen & Grov, 2013). Når livets siste dager inntreffer, også kalt den terminale fasen, vil personer bære mer preg av svakhet, symptombyrde og hjelpeløshet (Grov, 2015).

3.4 Livets avslutning - symptomlindring

Hos døende kan livets avslutning forløpe seg stille og fredelig, men dette forutsetter riktig behandling og omsorg den siste tiden. For at eldre døende pasienter skal få en rolig fredelig død, krever dette kompetanse om smerter og andre plagsomme symptomer hos personalet som jobber med den døende (Husebø & Husebø, 2012).

Symptomlindring ved livets avslutning, er det fire ulike symptomer som peker seg spesielt ut, og det er smerte, kvalme, tungpust og angst/uro. Som helsepersonell er det vår oppgave å observere og lindre slike symptomer i samarbeid med lege. I den terminalen fasen er det viktig med god informasjon til pårørende, og forberede pårørende på endringer som kan oppstå hos pasienten i livets avslutning (Kaasa, 2008).

3.4.1 Smerter

Utilfredsstillende smertelindring kan komme av dårlig smertebehandling i utgangspunktet, og at pårørende i liten grad er blitt fortalt om symptomer som kan oppstå.

Målet med å kartlegge er å oppnå optimal symptomkontroll og pleie, men det kan også være en god bakgrunn for samtale med pårørende. For å kartlegge slike subjektive symptomer, bør en benytte kliniske observasjoner, lytte til observasjoner fra pårørende og i tillegg bruker systematiske kartleggingsverktøy (Kaasa, 2008).

3.4.2 Kvalme

Kvalme, oppkast og brekninger har mange negative følger. Mange pasienter opplever vedvarende plager med kvalme og oppkast og dette kan oppleves svært utmattende, både fysisk, psykisk og sosialt.

For best mulig lindring kreves det store, faglige krav til behandleren, og nøye kartlegging av symptomenes karakter og intensitet er nødvendig. Når pasienten har kort forventet levetid igjen, er det viktig å starte opp med symptomlindring. Målet er å få pasienten mest mulig symptomfri for kvalme og oppkast ved livets slutt (Jordhøy & Aass, 2008).

3.4.3 Tungpust

Pustebesvær eller tungpust forekommer ofte hos pasienter, og dette er kanskje det symptomet som skaper mest engstelse hos pasienter i livets slutfase.

Tungpust er i likhet med smerte, en subjektiv opplevelse, og kan defineres som en ubehagelig bevissthet om respirasjon. I palliativ sammenheng skal symptomlindring og behandling av

tungpust legges vekt på, da ofte med symptomlindrende medisiner (Furst & Starlander, 2008).

3.4.4 Angst/uro

Det er ikke uvanlig at pasienter i den palliative fasen av livet opplever symptomer på angst eller depressive symptomer. Noen opplever begge to i kombinasjon. Symptomene er nærmest "normale" og kommer ofte som en psykisk reaksjon. Indre uro eller nedsatt stemningsleie er også normale psykiske reaksjoner (Loge, 2008).

Hos palliative pasienter kan ofte angst og uro ha en sammenheng med de andre symptomene som både smerter og tungpust. Pasienter med kort forventet levetid, gis det medikamenter primært for å redusere symptomene som angst og uro (terminal uro) (Loge, 2008).

4. Livets avslutning i hjemmet

I dette kapitlet vil jeg belyse og drøfte problemstillingen i oppgaven. Jeg bruker kunnskap fra forskningsartiklene jeg har valgt, se vedlegg 1, annen litteratur, og mine egne erfaringer.

4.1 Hjemmetid

Når pasienten ønsker å dø i sitt eget hjem, er det hjemmet som blir den "lindrende" enheten.

For at pasienten skal kunne få dø hjemme, er det en forutsetning at pasienten selv, og pårørende ønsker dette. Opplevelsen av trygghet blir viktig (Fjørtoft, 2016).

Sørhus, Landmark og Grov (2016) har i sin studie snakket med pårørende, og de beskriver dette med tid og ro i hjemmet. Dette ble satt pris på av hele familien, og de følte på friheten de hadde hjemme. Birkeland og Flovik (2015) bekrefter dette i sin bok hvor det å være hjemme blir forbundet med et normalt liv, opprettholde daglig rutiner og sosial status.

Lindrende omsorg til alvorlig syke og døende mennesker har ofte behov for sammensatte og omfattende tjenester, og behovet kommer gjerne på kort varsel. Når behovet oppstår, er det viktig at hjelpen er tilgjengelig og at pårørende opplever tilbudet hjemme, like faglig godt som i en institusjon (Fjørtoft, 2016).

Her er god planlegging og tilrettelegging en forutsetning for at den døende kan få dø hjemme, når pasienten ønsker dette. Hjelpemidler og medisinsk nødvendig utstyr må være på plass i hjemmet.

4.1.1 Pårørende som de ansvarlig i 24 timer

Pårørende for pasienter som ønsker å dø hjemme er ofte helt nødvendig og blir sett på som en stor ressurs i selve dødsprosessen. En av oppgavene til hjemmesykepleien er å ivareta pårørende. I følge Rønning, Strand og Hjermsstad (2008) stiller ofte pårørende store krav til seg selv og strekker seg langt for å ivareta og innfri pasientens ønske om å dø hjemme.

Pårørende kan ha behov for avlastning eller fristunder, men syntes det kan være vanskelig å overlate ansvaret til andre. Pasienten selv og pårørende kan i tillegg ha ulike syn på situasjonen, og dette kan skape utfordringer, som for eksempel i stell og personlig hygiene (Rønning, et.al, 2008). Dette kan også ha sammenheng med det Sørhus, Landmark og Grov (2016) forteller i sin studie, hvor pårørende forteller at de står til rådighet ved alle døgnets tider. De pårørende føler et stort ansvar, og de tar del i medisineringen, nødvendig

symptomlindring og å holde kontakt med helsevesenet. De setter sine egne behov til side, og opplever en grense for hvor lenge de kan klare det. Hos enkelte kan det gå på bekostning av egen helse.

Å ivareta pårørende til eldre døende er en svært viktig rolle for sykepleieren i hjemmesykepleien. Vi må se pårørendes behov, vurdere om det er mulig for pårørende å ha pasienten hjemme ved livets avslutning, tett samarbeid og bistå med samtaler og avlastning når det er behov. Røgenes, Moen og Grov (2013) trekker frem at trygge pårørende øker mulighet for pasienten å dø hjemme, og ikke på sykehus. Sykepleieren må også føle seg trygg, og ha nok kunnskap og erfaring for å ivareta pasienten og pårørende.

Min erfaring med pårørende når pasienten ønsker å dø hjemme, er varierende. Noen pårørende tar mye ansvar og er svært delaktig i hele prosessen, mens andre har behov for mer støtte og trygghet. Sørhus, Landmark og Gov (2016) trekker frem hjemmesykepleien som "stiller opp", og pårørende trekker frem ord som hjelpsomhet og velvillighet.

Det er likevel ikke alle som har pårørende rundt seg, eller bor sammen med pårørende. Dette kan gjøre det svært vanskelig å tilrettelegge for hjemmedød, og derfor blir det ofte søkt om høyere omsorgsnivå tidligere i forløpet.

4.1.2 Forberedende samtale med pasient og pårørende

I forkant av livets avslutning i hjemmet, er det viktig at pasienten og pårørende har en forberedende samtale, og det er et nyttig grunnlag for lindrende omsorg og symptomlindring. Dette kan være med på å trygge både pasienten og pårørende, og samtalen kan brukes til å avklare blant annet om pasienten skal ha livsforlengende behandling eller sykehusinnleggelse ved forverring (Wyller, 2015). En slik samtale kan holdes av sykepleier eller fastlegen, men det bør være en som kjenner til pasienten og pårørende. God informasjon kan redusere engstelse og gi grunnlag for bedre samarbeid (Schjødt, Haugen, Straume & Værholm, 2008). Samarbeid med pasienten og pårørende er viktig for å oppnå at pasienten opplever en god død (Røgenes, Moen & Grov, 2013).

4.1.3 Kommunikasjon underveis i hendelsesforløpet

Når pasienten kommer over i den siste fasen av livet, blir kommunikasjonen mellom helsepersonell og pasientens familie viktig, og det er med på å skape trygghet og støtte i

situasjonen (Røgenes, Moen & Grov, 2013). Sykepleierene må vise trygghet og åpenhet i samtaler med pasienten og pårørende. I livets avslutning er det samtaler med pårørende som blir viktig, men helt nødvendig for at pårørende skal føle seg trygge og ivaretatt (Røgenes, Moen & Grov, 2013).

Selv om kommunikasjon underveis i hendelsesforløpet er tilstede, har jeg selv erfaringer med at det kan oppstå "akutte" situasjoner hos pasienten, eller at pårørende ikke lenger håndterer situasjonen. Dette kan medføre at pasienten blir innlagt på sykehus eller sykehjem, hvor pasienten ender opp med å dø på institusjon, og ikke hjemme som planlagt.

4.2 Sykepleierens rolle ved hjemmetid og hjemmedød

Når pasienten er hjemme er det kommunehelsetjenesten som har ansvaret for å sikre at pasienten mottar rett pleie og omsorg, da via kommunale tjenester som hjemmesykepleien og fastlege (Helse og omsorgstjenesteloven § 3-1, 2011).

Ofte er det hjemmesykepleien som kommer nærmest og blir mest involvert i den døende og dens pårørende (Birkeland & Flovik, 2015). Derfor blir sykepleierens rolle sentral, og visse forutsetninger må ligge tilrette.

4.2.1 Sykepleierens kompetanse og tilgjengelighet

En forutsetning for at eldre pasienter skal få avslutte sitt liv hjemme, er at sykepleieren har rett kompetanse for å ivareta både pasienten og pårørende hjemme. Kompetanse innebærer kunnskaper, ferdigheter og holdninger som fører til god planlegging (Bondevik, 2012).

I studien til Røgenes, Moen og Grov (2013) er det kompetansen innen kartlegging av symptomer, iverksette rette tiltak, sentrale medisinske kunnskaper, beherske medisinsk utstyr, god evne til kommunikasjon, observasjoner og samhandle, som er sentralt for sykepleieren. Pårørende og pasienten må oppleve faglig trygghet og at hjelpen de får er tilfredsstillende. Sørhus, Landmark og Grov, (2016) skriver at trygghet hos pårørende medførte lenger hjemmetid for pasienten. Dersom pårørende opplever det motsatte, og selv må ta mye ansvar, gi opplæring og undervisning, kan dette medføre at det blir for krevende, og at det blir mer belastende å spørre om hjelp. Dette kan oppleves som svært slitsomt for pårørende, og i enkelte tilfeller orker ikke pårørende mer, og pasienten overflyttes til annet omsorgsnivå.

Dette kan oppleves sårbart og trist for begge, og pårørende kan kjenne på å måtte gi tapt for pasientens ønske om å ville dø hjemme (Sørhus, Landmark, Grov, 2016).

Erfaringen fra mitt arbeidssted, er at sykepleierens kompetanse er varierende. Årsaken til dette kan være sykepleierens individuelle kunnskap, og erfaring innenfor eldre og deres sammensatte sykdoms- og pleiebehov, lindrende omsorg og symptomlindring ved livets avslutning.

Utdanningsnivå og hvor mange års erfaring spiller også inn i forhold til sykepleierens kompetanse. Sykepleiere med videreutdanning innenfor temaet har blant annet mer kunnskap og som gir økt trygghet i arbeidet med tilrettelegging for hjemmedød (Røgenes, Moen og Grov, 2013).

Tilgjengelighet er en svært viktig del av lindrende omsorg til eldre døende pasienter, og henger sammen med kompetanse. Bondevik (2012) skriver at tilgjengelige og kompetente sykepleiere som kan følge opp pasienten sammensatte behov, er en forutsetning for hjemmedød. Kontinuitet er viktig og hjelpen må være tilgjengelig døgnet rundt. Spesielt kanskje hos eldre pasienter, da pårørende kan være i behov for støtte og avlastning.

I hjemmesykepleien er det ikke alltid like lett å være tilgjengelig døgnet rundt, noe som ofte resulterer i at pasienten ikke dør hjemme. Selvom man tilrettelegger så godt som mulig, viser artikkelen til Wallerstedt og Andershed (2006) at mangel på tid, ressurser og nok personale er noen av årsakene til pasienten ikke får oppleve hjemmedød. Det sykepleierne trekker frem er at det er vanskelig å utføre arbeidsoppgaver etter planen, uforutsette ting kan skje raskt og at antall sykepleiere på kveld/natt er mindre.

Wallerstedt, Sahlberg-Blom, Benizein og Andershed (2012) har i sin studie sett på bruken av fastvakt, blant annet i hjemmet når pasienten er døende. Dette sikret kontinuitet og støtte til pårørende, som resulterte i at pasienten fikk dø hjemme. I hjemmesykepleien i dag, er det ikke tilrettelagt for fastvaktordning, da manglende tid, ressurser og penger spiller en stor rolle. Selvom fastvaktordningen er ideell, er den vanskelig å gjennomføre.

4.2.2 Å ha en plan for hjemmetid og hjemmedød

I hjemmesykepleien er hver pasient knyttet til en primærkontakt og sekundærkontakt. Når pasienten er terminal vil det være helt naturlig at det er en sykepleier som er primærkontakt, og som kjenner pasienten og pårørende fra før. På den måten kan hjemmesykepleien så langt

det lar seg gjøre, ha tett oppfølging, gjøre nødvendige observasjoner og kartlegge, iverksette tiltak og skape godt samarbeid og trygghet mellom hjemmesykepleien, pasienten og pårørende (Sørhus, Landmark & Grov, 2016).

Birkeland og Flovik (2015) mener at alle døende i hjemmesykepleien bør ha en pasientansvarlig sykepleier som koordinerer og har ansvaret for kontinuiteten rundt pasientens behov for omsorg og ønsker. Ofte er det flere ulike instanser som er involvert, de jobber sammen, men utgjør hver sin del av tilbudet rundt pasienten. Det er ofte sykepleieren i hjemmesykepleien som får den koordinerende rollen, og dette forutsetter at sykepleieren i tillegg til faglig kompetanse, har kompetanse innen samhandling.

4.2.3 Kartlegging, symptomlindring og dokumentasjon

Sykepleierens rolle blir å ha gode rutiner, systematisk kunne vurdere og kartlegge omsorgsbehov og symptomlindring. Hos eldre pasienter er dette spesielt viktig, da de oftere har mer sammensatte helseproblemer som begrenser leveutsiktene og gir plager (Wyller, 2015).

For å kunne kartlegge symptomene og se endringer i symptomene er det utarbeidet kartleggingsverktøy som kan være til god hjelp (Grov, 2015).

ESAS (Edmonton Symptom Assessment System) er det verktøyet som anbefales til bruk i palliativ fase, og det dekker områder som smerte, døsighet, kvalme, tungpust og angst blant annet (Wyller, 2015).

I hjemmesykepleien er ESAS brukt som kartleggingsverktøy, men likevel har vi ingen egne standardiserte retningslinjer som sier at ESAS skal brukes ved livets avslutning.

Ved mitt arbeidssted er det satt ned en gruppe som sammen skal utarbeide en standardisert behandlingsplan for pasienter i livets siste fase. Målet er å kvalitetssikre pleie og omsorg til døende i hjemmet, noen en slik standard kan være med på å gjøre. Foreløpig er standarden ikke innført ennå.

Administreringen av legemidler i den terminal fase er ofte nødvendig. Dette ordineres av lege, og det er stort sett sykepleiere som administrerer legemidlene, observere virkning og bivirkninger. Medikamenter som er mest brukt som lindring er Morfin mot smerter og dyspné, Midazolam mot angst og uro, Haldol mot kvalme og uro og Robinul som gies mot surkling i øvre luftveier (Grov, 2015). Husebø og Husebø (2012) skriver at leger og helsepersonell som

behandler alvorlig syke og døende, må ha kjennskap og erfaring med bruk av disse legemidlene. Ved bruk av disse legemidlene kan vi forsikre pasientene våre om at de får god smerte- og symptomlindring. Både Wyller (2015) og Husebø og Husebø (2012) påpeker at eldre døende har god effekt av morfin, og at dette ofte er førstevalget ved livets avslutning. Likevel påpeker Husebø og Husebø, de eldres toleranse for analgetika ofte kan være redusert. Det finnes også andre former for symptomlindring, hvor det ikke brukes medikamenter. Pasienten bør ligge best mulig i sengen, og skal snus ved behov. Avslastningsteknikker og stimuleringstiltak som berøring og musikk kan være med å lindre symptomer hos den døende (Grov, 2015).

Som sykepleier er dette et viktig område å ha kunnskap og kompetanse om for at pasienten og pårørende skal føle seg trygge og ivaretatt hjemme. I studien til Sørhus, Landmark og Grov (2016) var det svært viktig for de pårørende å vite at pasientens plager ble lindret, og at alt nødvendig utstyr var på plass. God planlegging og det å kunne forutse pasientens plager, ble en sentral betydning for de pårørende.

Kompetansesenteret for lindrende behandling i helseregion Vest (2016) har videreutviklet et kartleggingsverktøy som er basert på The Liverpool Care Pathway (LCP). Dette kartleggingsverktøyet er et dokumentasjonsverktøy som heter Livets siste dager og er først og fremst laget for alle faggrupper som gir behandling, pleie og omsorg til døende pasienter og deres pårørende. Det kan brukes hos voksne personer med forventet dødsfall, uavhengig av diagnose. Bruken av skjemaet vurderes forløpende og revurderes dersom tilstanden til pasienten skulle bedre seg (Helse Bergen, 2016).

Livets siste dager er blitt vurdert i hjemmesykepleien, men fordi det er lite tilgang på lege i hjemmet, er nok dette et kartleggingsverktøy som passer bedre inn på sykehjem og lindrende enheter hvor tilgangen på lege er større.

4.2.4 Samarbeid og kommunikasjon mellom helsepersonell

Som sykepleier er viktig å ha kunnskap og kompetanse innen organisering og koordinering av ulike tjenester som pasienten har behov for ved livets avslutning er svært viktig. Pasienten og pårørende må sikres at de får den lege, -pleie- og omsorgstjenesten de har behov for.

Tverrfaglig samhandling mellom ulike yrkesgrupper og omsorgsnivåer er med på å skape et helhetlig pasientforløp. Når pasienten er hjemme utgjør ofte sykepleiere, hjelpepleiere og fastlegen den største delen av omsorgspersonen rundt pasienten. Det er helt avgjørende at hjemmesykepleien og fastlegen vet hvilke muligheter og begrensinger de står ovenfor når pasienten ønsker å dø hjemme, og ikke på institusjon eller sykehus (Rønning, Strand & Hjermsstad, 2008).

Fastlegen har en sentral rolle i omsorgen for døende pasienter i hjemmet. Fastlegen har som oftest kjent pasienten og pårørende gjennom flere år, og vet hvilke ressurser de innehar sammen. Det er svært viktig at fastlegen er informert og oppdatert på pasientens tilstand gjennom epikriser, særlig dersom pasienten har vært innlagt i spesialisthelsetjenesten (Norås, 2010).

Når pasienten er hjemmeboende og tilknyttet kommunehelsetjenesten er det fastlegen som er ansvarlig for den medisinske behandlingen i hjemmet, også i terminalfasen.

Fastlegen bør ha faste planlagte besøk hjemme hos pasienten, og den ansvarlige fastlegen i kombinasjon med hjemmesykepleien bør være tilgjengelig hele tiden. Dette har vist seg å gi trygghet også til pårørende (Haugen, Jordhøy & Hjermland, 2008).

Mine egne erfaringer ved samarbeide med fastlegen hvor det er ønske om hjemmedød, er svært varierende. Den største utfordringen er å få fastlegen til å komme på hjemmebesøk på kort varsel, og at fastlegen gir uttrykk for å ikke ha nok kompetanse innenfor palliativ omsorg i hjemmet generelt.

I flere av forskningsartiklene blir mine egne erfaringer bekreftet, og i Wallerstedet og Anderhed (2006) beskriver de hvordan sykepleiere i denne studien opplevde legens erfaring om palliativ omsorg som varierende. Legene uttrykte usikkerhet og kunne virke skremte.

Videre har Sørhus, Landmark og Grov (2016) i sitt studie sett på fastlegens rolle fra pårørendes perspektiv, og de beskriver at det kunne være vanskelig å få tak i fastlegen, men følte trygghet når fastlegen kom på hjemmebesøk. Noen opplevde at fastlegen ikke så det nødvendig å komme på hjemmebesøk, og heller ikke ble ringt tilbake, da dette var avtalen. Dette kan også henge sammen med det Champion (2015) sier i sin studie. Her har hun sett på ulike årsaker til innleggelse i sykehus, når pasienten i utgangspunktet skulle dø hjemme, og noen av årsaken hun fant var at manglende tilgjengelighet på fastlegen døgnet rundt og at fastlegen ikke klarte å levere det pasienten trengte av tjenester. Norås (2010) sier at i de tilfeller hvor legevakten har blitt kontaktet i den terminale fasen, og fastlegen, har det ofte endt med innleggelse og død på sykehuset i stedet.

Når fastlegen ikke strekker til, har jeg gode erfaringer fra samarbeid med palliativt team. Palliativt team er knyttet opp til sykehusene hovedsakelig, men kommer gjerne på hjemmebesøk dersom det er et ønske fra pasienten, fastlegen og hjemmesykepleien. Teamet jobber ut i fra henvisninger, og dersom palliativt team skal knyttes opp til pasienter utenfor sykehuset, er det fastlegen som må sende henvisning.

Palliativt team samarbeider med annet helsepersonell i kommunen, og dette er for å sikre at pasienten får god symptomlindring, best mulig hjelp enten problemene er av fysiske, psykiske, sosialøkonomisk eller av åndelig/eksistensiell karakter. De skal også sørge for at pasienten har en sammenhengende, avklart og kompetent behandlingsskjede og at pasienten og pårørende skal føle trygghet i nettverket som etableres rundt pasienten (Vestre Viken, 2016).

5. Konsekvenser for praksis og mitt arbeidssted

I besvarelsen av oppgaven skal det være en kort redegjørelse for mulig konsekvenser arbeidet med problemstillingen kan ha for klinisk praksis og eget arbeidssted. Jeg har valgt dokumentasjonssystem ved livets avslutning som en mulig konsekvens, da dette er noe vi ikke har ved mitt arbeidssted.

5.1 Strukturert dokumentasjon ved livets avslutning

Pasienter som er i livets avslutning hjemme, og det er planlagt hjemmedød, vil det være nyttig å ha et strukturert dokumentasjonssystem hvor daglige vurderinger og observasjoner kan dokumenteres. Et slikt system kan være med på bedre kvaliteten, hindre at viktig informasjon uteblir og bedre kontinuiteten i forløpet.

Dokumentasjonssystemet må være tilpasset for bruk i hjemmesykepleien, og verktøyet ville være en god forutsetning for sykepleiere i arbeidet med pasienter som ønsker å dø hjemme. LCP (The Liverpool Care Pathway) og Livets siste dager er eksempler på slike strukturerte dokumentasjonssystemer (Wyller, 2015).

6. Konklusjon

I dagens samfunn er det flere som ønsker å dø hjemme, men likevel er det bare 14-15% som får oppleve dette. For at eldre døende pasienter skal få avslutte sitt liv hjemme, må det ligge noen forutsetninger tilrette hvor sykepleiere får en sentral rolle. Hvis sykepleiere skal oppnå sine forutsetninger, er de avhengig av et godt samarbeid med pårørende og den eldre døende pasienten.

Videre blir forutsetninger som kompetente og tilgjengelige sykepleiere, planlegging, kartlegging, dokumentering og symptomlindring svært sentrale. Samarbeid og kommunikasjon med annet helsepersonell blir også en viktig rolle for sykepleiere.

Disse forutsetningen er igjen med på å gi støtte og trygghet til pasienten og pårørende i den avsluttende delen av livet hjemme.

Referanseliste:

Birkeland A. & Flovik A. M. (2016) *Sykepleie i hjemmet*. 2. Utgave. Oslo Akribe.

Bjørk I. T & Solhaug M. (2008) *Fagutvikling og forskning i klinisk sykepleie*. Oslo: Akribe.

Bondevik. M. (2012) Pleie og omsorg mot livets slutt. I: M. Bondevik & H. A Nygaard (red.) *Tverrfaglig geriatri. En innføring*. Bergen: Fagbokforlaget.

Champion, N. (2015). *Exploring why some terminally ill people die in hospital when home was their preferred choice*. Australian Journal Of Advanced Nursing, 33(2),

Fjørtoft, A. K. (2016) *Hjemmesykepleie. Ansvar, utfordringer og muligheter*. 3. Utgave. Bergen. Fagbokforlaget.

Fürst C. J & Starlander J. (2008) Pustebevis. I: S. Kaasa (red.), *Palliasjon. Norsk lærebok*. 2. utgave. Oslo. Gyldendal Akademiske.

Grov E. K. (2010) Pårørende. I: A. M Reitan & T. K Schjølberg (red.), *Kreftsykepleie pasient - utfordringer - handling*. 3. Utgave. Oslo. Akribe AS.

Grov E. K. (2012) *Hjemme som lindrende enhet for gamle og døende*. Geriatrisk sykepleie. Tidsskrift for sykepleie i geriatri og demens. Nr. 3 - 2012. Hentet: <https://www.nsf.no/Content/1153656/Pleie%20av%20d%20ende.pdf> 19.11.16

Grov, E. K. (2015) Pleie og omsorg ved livets slutt. I: M. Kirkevold, K. Brodtkorb K. & A. H Ranhoff A.H *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten*. (2.Utgave). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Haugen D. F., Jordhøy M. S. & Hjermstad M. J (2008) Organisering av palliative tilbud. I: S. Kaasa (red.), *Palliasjon. Norsk lærebok*. 2. utgave. Oslo. Gyldendal Akademiske.

Helsedirektoratet (2015) *Rapport om tilbud til personer med behov for lindrende behandling og omsorg mot livets slutt - å skape liv til dagene*. 02. 2015 Hentet: https://www.regjeringen.no/contentassets/a4b45c8f57e741bdbb3bfb32c6b9ef43/rapport_hdir_palliasjonsrapport_160315.pdf 17.11.16

Helse Bergen (2016) *Livets siste dager - plan for lindring i livets slutfase*. Hentet: <https://helse-bergen.no/kompetansesenter-i-lindrande-behandling/palliasjon-verktoy-for-helsepersonell/livets-siste-dager-plan-for-lindring-i-livets-slutfase> 22.11.16.

Husebø, B. S. & Husebø S. (2012) De gamles siste timer og dager. I: M. Bondevik & H. A Nygaard (red.) *Tverrfaglig geriatri. En innføring*. Bergen: Fagbokforlaget.

Kaasa S. (2008) Smertediagnostikk. I: S. Kaasa (red.), *Palliasjon. Norsk lærebok*. 2. utgave. Oslo. Gyldendal Akademiske.

Loge J. H (2008) Angst og depresjon. I: S. Kaasa (red.), *Palliasjon. Norsk lærebok*. 2. utgave. Oslo. Gyldendal Akademiske.

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m (helse- og omsorgstjenesteloven) (2011). Hentet: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30?q=Lov%20om%20kommunal%20helse> 22.11.16.

Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven) (1999, sist endret 2016) Hentet: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=Pasient%20og%20brukerrettigheter> 22.11.16.

Meld. St. 47 (2008-2009) (2009) *Samhandlingsreformen. Rett behandling - på rett sted - til rett tid*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartement. Hentet: <https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf> 17.11.16

Norås I. L. (2010) *Kreftsjukepleie i heimen*. I: A. M Reitan & T. K Schjølberg (red.), *Kreftsykepleie pasient - utfordringer - handling*. 3. Utgave. Oslo. Akribe AS.

Rienecker, L. & Jørgensen P. S (2013) *Den gode oppgaven. Håndbok i oppgaveskriving på universitet og høyskole*. (2. Utgave). Bergen: Fagbokforlaget.

Røgenes, G. K., Moen, A., & Grov, E. K. (2013). *Heimesjukepleiarens perspektiv på forhold som fremjar palliasjon i heimen*. *Klinisk Sygepleje*, 27(1)

Rønning M., Strand E. & Hjermsstad M. J (2008) Palliativ behandling utenfor sykehus - hjemmesykepleien. I: S. Kaasa (red.), *Palliasjon. Norsk lærebok*. 2. utgave. Oslo. Gyldendal Akademiske.

Sørhus, G. S., Landmark, B. T., & Grov, E. K. (2016). *Ansvarlig og avhengig - Pårørendes erfaringer med forestående død i hjemmet*. *Klinisk Sygepleje*, 30(2), doi:10.18261/issn.1903-2285-2016-02-03

Vestre Viken (2016) *Lindrende kreftbehandling, Bærum sykehus*. Hentet: <https://vestreviken.no/behandlinger/lindrende-kreftbehandling-berum-sykehus> 22.11.16

Wallerstedt, B., Sahlberg-Blom, E., Benzein, E., & Andershed, B. (2012). *Identification and documentation of persons being in palliative phase regardless of age, diagnosis and places of care, and their use of a sitting service at the end of life*. *Scandinavian Journal Of Caring Sciences*, 26(3), doi:10.1111/j.1471-6712.2011.00966.x.

Wallerstedt, B. & Andershed, B. (2006) *Caring for dying pasient outside special palliative care settings: experience from a nursing perspective*. *Journal Compilation. Nordic College of Caring Science*, 2007; 21,

Wyller, T. B (2015) *Geriatrici. En medisinsk lærebok*. (2. Utgave). Oslo: Gyldendal Akademiske.

Vedlegg 1: Litteraturmatrise

Vedlegg 1: Litteratormatrise

Referanse:	Hensikt:	Metode:	Resultat:
Champion, N. (2015). <i>Exploring why some terminally ill people die in hospital when home was their preferred choice</i> . Australian Journal Of Advanced Nursing, 33(2), 6-12.	<p>Hensikten med studien var å få en forståelse hva hvorfor pasienten som i utgangspunktet skulle dø hjemme, men som ble innlagt i sluttfasen og døde på sykehus.</p> <p>1)Hvilke faktorer kan identifiseres som årsak til sykehusinnleggelse hos pasienter som ønsker å dø hjemme men som ender opp med å dø på sykehus?</p> <p>2) Er andre vurdering som påvirker en beslutning om sykehusinnleggelse for pasienter som foretrekker å dø hjemme, men som dør på sykehus?</p>	I studien ble det valgt en blanding av metoder som inkluderte både kvalitativ og kvantitativ retrospektiv datainnsamling.	Artikkelen fokusere på de kvalitative aspektene i studien. Årsaker som kan føre til sykehusinnleggelse inkluderer: ustabile symptomer, forverring av allmenn tilstand, felles beslutning mellom pasient og behandler, manglende tilgang på behandler de neste 24-timer og behandlers mulighet til å levere pleietjenester.

<p>Sørhus, G. S., Landmark, B. T., & Grov, E. K. (2016). <i>Ansvarlig og avhengig - Pårørendes erfaringer med forestående død i hjemmet</i>. <i>Klinisk Sygepleje</i>, 30(2), 87-100.</p>	<p>Studien søker svar på følgende spørsmål:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hvordan beskriver pårørende sine opplevelser av pasientens plager og symptomer? - Hvordan opplever pårørende sin omsorgsoppgaver når deres nærmeste ønsker å dø hjemme? 	<p>Studien har et kvalitativt, beskrivende forskningsdesign. Data er generert fra individuelle intervjuer hvor det fokuseres på informantens beskrivelse av sin opplevelse og erfaringer i pårørenderollen. Målet var å få frem mangfold og nyanserte beskrivelser.</p>	<p>Utvalget består av 7 pårørende hvor intervjuet fant sted 3-11 måneder etter dødsfallet. Alder: 30-70 år. Både menn og kvinner. To av pasienten døde hjemme, og fem døde på sykehjem.</p> <p>Fire hovedtemaer pekte seg ut:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Hjemmetid - en verdifull avslutning på livet. 2. Å stå til rådighet til alle døgnets tider. 3. Å møte den sykes ønsker og plager. 4. Varierende opplevelser med oppfølging av helsevesenet. Studien søker å fremskaffe dybdekunnskap om pårørendes opplevelse av pasientens plager, symptomer og pårørendes omsorgsoppgaver når deres nærmeste ønsker å dø hjemme.
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>Wallerstedt, B., Sahlberg-Blom, E., Benzein, E., & Andershed, B. (2012). <i>Identification and documentation of persons being in palliative phase regardless of age, diagnosis and places of care, and their use of a sitting service at the end of life</i>. <i>Scandinavian Journal Of Caring Sciences</i>, 26(3), 561-568.</p>	<p>Hensikten med studien var å beskrive pasienter som er identifisert og dokumentert for å ha vært i en palliativ fase, uavhengig av alder, diagnose og bosted. Videre så var det et mål og beskrive og sammenligne som med fastvakt ordning mot de som ikke mottok slike tjenester.</p>	<p>Studien er en retrospektiv metode med sammenlignbar design. Et skjema ble brukt for å samle inn data.</p>	<p>Studien er utført i en svensk kommune med 26 400 innbyggere. 174 personer var med i studien. Disse bodde enten hjemme eller på sykehjem. 28 av 174 bodde hjemme, og 18 av de 28 hjemmeboende, bodde alene. Flere kvinner enn menn med i studien. Flere uten kreft, enn med kreft. Studien finner viktigheten av å gi palliativ pleie, symptomkontroll, støtte og kontinuitet av pleie, uten av å ta hensyn til alder, diagnose og bosted. 27 personer mottok fastvakt med gjennomsnitt på 10-49 timer før død. 12% døde hjemme, men de fleste døde på sykehjem. Fokus på å øke tilgjengelig pleie til palliative pasienter, ikke bare til pasienter med kreft.</p>

<p>Røgenes, G. K., Moen, A., & Grov, E. K. (2013). <i>Heimesjukepleiernes perspektiv som fremjar palliasjon i heimen</i>. <i>Klinisk Sygepleje</i>, 27(1), 65-76.</p>	<p>Hva vektlegger sykepleiere som fremmede faktorer for lengst mulig hjemmetid for pasienter i palliativ fase? Ønsker å se på alder, kjønn, arbeidserfaring som sykepleier og tilleggsutdanning og deltagelse i nettverk for ressursykepleier. Vektlegging av støtte, kunnskap og erfaring, organisering, kommunikasjon, informasjon og samarbeid.</p>	<p>Studien har et ikke-eksperimentelt, deskriptivt design med kvantitativ, deduktiv metode. Målgruppen er sykepleiere i hjemmesykepleien i norske kommuner. Utviklet et spørreskjema spesifikt for undersøkelsen basert på funn fra litteratur, da det ikke fantes slike skjemaer fra før. 346 spørreskjemaer ble sendt ut i sør-Norge, og de fikk inn 189 svar.</p>	<p>Alder: 22-63 år. Gjennomsnitt 38 år. Mannlige sykepleiere utgjorde 6,9 %. Praksis fra 1-40 år, gjennomsnittet var 10 år. 33,9 % har videreutdanning mer enn 1 år. 17 % er nettverksmedlem og 93,9% har arbeidet med døende det siste året. Mannlige sykepleiere har ikke det samme behovet for støtte og deling av erfaring som kvinnelige sykepleiere har. Erfarne sykepleiere og de med videreutdanning mener at de har tilstrekkelig erfaring og kunnskap til å ta hånd om pasienten og pårørende. Mannlige sykepleiere skårer høyere på kunnskap og erfaring på teknisk utstyr. Videreutdanning blant personalet bør prioriteres for å øke kunnskap og kompetanse, noe som øker trygghet. Studien viser at refleksjon, støtte, kunnskap og erfaring til sammen styrker sykepleierens faglige trygghet. Samarbeid, organisering, informasjon og kommunikasjon fremheves som viktige områder i arbeidet med palliative pasienter.</p>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>Wallerstedt, B. & Andershed, B. (2006) <i>Caring for dying patient outside special palliative care settings: experience from a nursing perspective</i>. Journal Compilation. Nordic College of Caring Science, 2007; 21, 32-40.</p>	<p>Hensikten med studien var å få en beskrivelse av sykepleierene opplevelse av pleie og omsorg til alvorlig syke og døende pasienter utenfor spesial helsetjenesten.</p>	<p>Studien har en fenomenologiske metode. Kvalitative intervjuer hvor sykepleierene skulle snakke spontant og åpent om deres opplevelser av pleie og omsorg til døende pasienter.</p>	<p>9 sykepleiere fra sykehjem og hjemmesykepleien ble med mer enn 3 års erfaring. Alder 30-65. Menn og kvinner. Opplevelsene varierte fra 10-39 år. Ansvar: Pasient/pårørende opplevelse av en verdig død. Gode tiltak ble iverksatt. Sykepleierens vurderinger og beslutninger ble ofte grunnlag for legens beslutninger. Samarbeid: Tverrfaglig samarbeid mellom pasient, pårørende, lege og sykepleier. Refleksjon mellom kollegaer. Nødvendig for å kunne nå målet om en god hjemmedød. Legens erfaringer om palliativ omsorg ble beskrevet som varierende. Frykt ble opplevd blant ansatte i hjemmesykepleien, trengte støtte og informasjon. Erfaringer og kunnskap: Ved vært møte med pasient/pårørende i en slutfase, økte deres erfaringer og kunnskap. Tidsbruk og ressurser: Krevende behandling av pasienten til tider. Ordinære oppgaver og rutiner kunne oppleves som forstyrrende. Vanskelig å utføre oppgaver etter planen.</p>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Valgfritt pensum:

Birkeland A. & Flovik A. M. (2016) *Sykepleie i hjemmet*. 2. Utgave. Oslo: Akribe. S. 95-105.

Bjørk I. T & Solhaug M. (2008) *Fagutvikling og forskning i klinisk sykepleie*. S. 71.
Oslo: Akribe.

Champion, N. (2015). *Exploring why some terminally ill people die in hospital when home was their preferred choice*. Australian Journal Of Advanced Nursing, 33(2), S. 6-12.

Fjørtoft, A.K. (2016) *Hjemmesykepleie. Ansvar, utfordringer og muligheter*. 3. Utgave.
Bergen. Fagbokforlaget. S. 78-83.

Fürst C. J & Starlander J. (2008) Pustebevis. I: S. Kaasa (red.), *Palliasjon. Norsk lærebok*.
2. utgave. Oslo. Gyldendal Akademiske. S. 509-516.

Grov E. K. (2010) Pårørende. I: A. M Reitan & T. K Schjølberg (red.), *Kreftsykepleie pasient - utfordringer - handling*. 3. Utgave. Oslo. Akribe AS. S. 269-281.

Grov E. K. (2012) *Hjemme som lindrende enhet for gamle og døende*. Geriatrik sykepleie. Tidsskrift for sykepleie i geriatri og demens. Nr. 3 - 2012. Hentet: <https://www.nsf.no/Content/1153656/Pleie%20av%20d%20ende.pdf> 19.11.16. S. 26-33.

Haugen D. F., Jordhøy M. S. & Hjermstad M. J (2008) Organisering av palliative tilbud. I: S. Kaasa (red.), *Palliasjon. Norsk lærebok*. 2. utgave. Oslo. Gyldendal Akademiske. S.197-212.

Helsedirektoratet (2015) *Rapport om tilbud til personer med behov for lindrende behandling og omsorg mot livets slutt - å skape liv til dagene*. 02. 2015 Hentet: https://www.regjeringen.no/contentassets/a4b45c8f57e741bdbb3bfb32c6b9ef43/rapport_hdir_palliasjonsrapport_160315.pdf 17.11.16 S. 1-88.

Helse Bergen (2016) *Livets siste dager - plan for lindring i livets slutfase*. Hentet: <https://helse-bergen.no/kompetansesenter-i-lindrande-behandling/palliasjon-verktoy-for-helsepersonell/livets-siste-dagar-plan-for-lindring-i-livets-slutfase> 22.11.16. S. 1.

Kaasa S. (2008) Smertediagnostikk. I: S. Kaasa (red.), *Palliasjon. Norsk lærebok*. 2. utgave. Oslo. Gyldendal Akademiske. S. 285-310.

Loge J. H (2008) Angst og depresjon. I: S. Kaasa (red.), *Palliasjon. Norsk lærebok*. 2. utgave. Oslo. Gyldendal Akademiske. S. 531-545.

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m (helse- og omsorgstjenesteloven) (2011). Hentet: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30?q=Lov%20om%20kommunal%20helse> 22.11.16. S. 1.

Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven) (1999, sist endret 2016) Hentet: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=Pasient%20og%20brukerrettigheter> 22.11.16. S. 1.

Meld. St. 47 (2008-2009) (2009) *Samhandlingsreformen. Rett behandling - på rett sted - til rett tid*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartement. Hentet: <https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf> 17.11.16. S. 1-150.

Norås I. L. (2010) Kreftsjukepleie i heimen. I: A. M Reitan & T. K Schjølberg (red.), *Kreftsykepleie pasient - utfordringer - handling*. 3. Utgave. Oslo. Akribe AS. S. 331- 350.

Røgenes, G. K., Moen, A., & Grov, E. K. (2013). *Heimesjukepleiarens perspektiv på forhold som fremjar palliasjon i heimen*. *Klinisk Sygepleje*, 27(1) S. 64-76

Rønning M., Strand E. & Hjermsstad M. J (2008) Palliativ behandling utenfor sykehus - hjemmesykepleien. I: S. Kaasa (red.), *Palliasjon. Norsk lærebok*. 2. utgave. Oslo. Gyldendal Akademiske. S. 213-228.

Sørhus, G. S., Landmark, B. T., & Grov, E. K. (2016). *Ansvarlig og avhengig - Pårørendes erfaringer med forestående død i hjemmet*. *Klinisk Sygepleje*, 30(2), doi:10.18261/issn.1903-2285-2016-02-03 S. 87-100.

Vestre Viken (2016) *Lindrende kreftbehandling, Bærum sykehus*. Hentet: <https://vestreviken.no/behandlinger/lindrende-kreftbehandling-berum-sykehus> 22.11.16. S. 1.

Wallerstedt, B., Sahlberg-Blom, E., Benzein, E., & Andershed, B. (2012). *Identification and documentation of persons being in palliative phase regardless of age, diagnosis and places of care, and their use of a sitting service at the end of life*. *Scandinavian Journal Of Caring Sciences*, 26(3), doi:10.1111/j.1471-6712.2011.00966.x. S. 561-568.

Wallerstedt, B. & Andershed, B. (2006) *Caring for dying pasient outside special palliative care settings: experience from a nursing perspective*. *Journal Compilation. Nordic College of Caring Science*, 2007; 21, S. 32-40.

Totalsum: 429.