

"

" Bli hos meg, hjelp meg, hør meg"

Cicely Saunders.

Tema: Bistand til en livsavslutning i heimen.

"Hvordan kan sykepleieren i hjemmesykepleien bistå et menneske med uhelbredelig sykdom som ønsker sin livsavslutning i heimen"

Individuell fordypningsoppgave i Bachelor i sykepleie våren 2009

Kandidat nr:111

Antall ord:9056

Kull: 06 FUS

Diakonhjemmets høgskole

Bachelor i sykepleie

Innholdsfortegnelse

Abstrakt	3
1.0 Innledning.....	4
1.1 Begrunnelse for valg av tema.....	4
1.2 Tema og problemstilling	5
1.3 <i>Nok en dag går forbi.</i>	7
1.4 Oppgavens begrensning	8
1.5 Oppgavens formål	9
1.6 Oppgavedisposisjon	9
2.0 Metode.....	10
2.1 Metodebeskrivelse.....	10
2.2 Litteratursøk og kildeatilgang	11
2.3 Bakgrunn for valg av kilder	11
2.4 Kildekritikk	11
3.0 Faglig ståsted og teoretisk forankring.	12
3.1 Joyce Travelbee	12
3.2 Sykepleiekompetanse	14
3.3 Sykdom.....	14
3.3.1 Generelt	14
3.3.2 Kreft i sentralnervesystemet.....	15
3.3.3 Lungekreft	15
3.3.4 <i>Veien blir til mens du går.</i>	16
3.3.4 Lindrende behandling/Palliativ behandling.....	18
3.4 Hjemmet som arena.....	19
3.5 Kommunenes ansvar – muligheter/ pasientens rettigheter.....	19
3.6 Individuell plan	20
3.7 Omsorg ved livets slutt.....	21
3.8 Hvor dør mennesker?	22
4.0 Drøfting	22
4.1 Sykepleieren observerer for å kartlegge pasientens behov	22
4.2 Sykepleieren bekrefter eller avkrefter sine antagelser om hvilke behov pasienten har .	24
4.3 Sykepleieren vurderer sin egen mulighet til å møte pasientens behov.....	24
4.4 Sykepleieren evaluerer om pasientens behov er blitt ivaretatt.	25
5.0 Oppsummering og konklusjon.	26
Etterord.....	28
Litteraturliste	29

Forord

*I dag har jeg fått en gave som ikke var pakket inn,
En nærkontakt med to øyne, et smil som av solens skinn.
En stemme som snakket med tanker, et alvor så stort og så nært.
Et blick inn i et hjerte som banker for alt hun har så kjært.
En dyrebar stund med Paula, kanskje den siste vi fikk.
En skatt å ta med meg videre når jeg trenger et tilbakeblikk
Kanskje var det siste mulighet for nære stunder i lag
Hun ga meg en rikdom som ikke kan måles
Jeg er så takknemlig for gaven jeg fikk i dag.*

Laila Wedø- 2005

Abstrakt

Bakgrunn: Erfaringer fra hjemmesykepleie i distrikt har gjort meg nysgjerrig på hva som skal til på det elementære plan for at en sykepleier skal kunne være med å bistå et menneske med uhelbredelig sykdom som ønsker sin livsavslutning i hjemmet. Førforståelsen er at det kreves store ressurser for å få dette til, jeg har valg å se på de grunnleggende ting.

Metode: Jeg har brukt en litterær studie, det vil si jeg har brukt litteratur som andre har skrevet og forsket frem, for å belyse og understøtte teoriene som er lagt til grunn for denne oppgaven. Forskningen jeg har støttet meg på er det andre forskere som har foretatt. Jeg har hatt uformelle samtaler med kolleger, der vi har diskutert våre felles erfaringer.

Resultat: Det jeg kom fram til etter denne studien var at dette er et stort område og med mange flere aspekter enn de jeg har valgt å utdype her. Jeg fant ut at det er mulig for sykepleieren å gi bistand i slike situasjoner, og med den erfaringen jeg har fra før så fikk jeg bekreftet mine tanker rundt dette emnet.

Konklusjon: Det er mulig for en sykepleier i hjemmetjenesten å gi bistand til et menneske med uhelbredelig sykdom som ønsker sin livsavslutning i hjemmet, og det trenger ikke nødvendigvis så store tiltak til. Man må bare involvere de rette instansene og få til et godt samarbeid, tverrfaglig.

1.0 Innledning

Jeg har jobbet i hjemmetjenesten i mange år og har der møtt flere mennesker med uhelbredelig sykdom. Ofte har hjemmetjenesten kommet inn i bildet når all kurativ behandling er avsluttet og det kun er lindrende behandling som blir opprettholdt. De menneskene jeg har møtt som helsearbeider har vært i forskjellige livssituasjoner og aldre. Felles for disse menneskene er at de hadde en uhelbredelig sykdom, og at de måtte forberede seg på at en livsavslutning var nærmere forestående enn man kanskje hadde tenkt. Det som også var felles for dem var at de ønsket sin livsavslutning i sitt eget hjem og gjerne med de nærmeste rundt seg. I kommunehelsetjenesteloven står det ikke noe om at kommunen er pålagt og gi en slik mulighet. Jeg har fått være med å jobbe i team som har gjort det mulig å gi et slikt tilbud. Jeg syntes det var interessant å se nærmere på hva som skal til for at kommunen skal kunne gi et slikt tilbud.

1.1 Begrunnelse for valg av tema

Å møte mennesker i livets siste fase har for meg vært veldig spesielt. Det byr på en del andre forutsetninger enn den vante daglige rutinen, den "samme" ruta der det er morgenstell, gi medisin, smør mat, bistå med dusj, varm middag, hent ut medisin på apoteket, ikke for det at det ikke er viktig. Det er helt klart det som hører med i det å bistå andre mennesker med hjelpebehov til å få hverdagen til å gå opp. Å få ta del i et menneskes siste dager og timer i dets eget hjem gjør til at du må bremse litt opp, ta et steg utenfor den "vanlige" ruta. For meg bar disse stundene preg av uforutsigbarhet, impulsivitet, og det ga meg rom og grunnlag til å stikke fingeren i jorda og tenke over hva som egentlig er verdt noe i hverdagen.

Min mor har fortalt meg om hennes oppvekst og hvordan det ble gjort når noen av hennes familie ble syke og døende. Da var det helt vanlig at de døde hjemme, og det var helt naturlig for den nærmeste familien og ha kontakt med den døende. Hun fortalte også om et søskenbarn av henne som hadde tuberkulose, og hun måtte reise inn til byen på et pleiehjem for "å dø". Det syntes hun var helt forferdelig at kusinen hennes måtte reise før hun var nødt. For dem var det helt naturlig del av livet når noen i nærmiljøet døde. Så mye snakk om det var det nødvendigvis ikke, men de tenkte og på sitt vis forsto.

Jeg for min del føler det er helt naturlig å få dø hjemme, i vante trygge omgivelser, og med sine nærmeste rundt seg. Institusjonen vanskeliggjør det siste føler jeg. Jeg mener det er mulig å få dø hjemme, og med hjelp av et godt oppbygd nettverk av forskjellig fagfolk skal det ikke

være vanskelig og få det til. Jeg vet det er en snever tankegang, og derfor vil jeg prøve å se nærmere på hva som kan muliggjøre det.

Min erfaring dreier seg primært om mennesker med uhelbredelig kreft, og jeg har da valgt å skrive om livsavslutning til mennesker som på grunn av uhelbredelig kreft ønsker å dø hjemme.

1.2 Tema og problemstilling

Jeg har valgt tema: ” Livsavslutning i heimen”

Ut fra valgte tema ble problemstillingen ” Hvordan kan sykepleieren i hjemmetjenesten bistå et menneske med uhelbredelig sykdom som ønsker sin livsavslutning i heimen”

1.2.1 Sentrale begreper i problemstillingen:

Bistand: *bistand -en hjelp; støtte: yte bistand, med eller ved hans bistand (www.ordnett.no).*

Sykepleie: *I følge Joyce Travelbee`s definisjon er sykepleie en mellommenneskelig prosess hvor den profesjonelle sykepleiepraktiker hjelper et annet individ, en familie, eller et samfunn i å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse, og hvis nødvendig, å finne mening i disse erfaringene(Travelbee 1999:29)*

Sykepleier: *En profesjonell sykepleier er en person med sykepleierutdanning fra en høgskole som har som mål at studentene skal tilegne seg en disiplinert intellektuell tilnæringsmåte til pasientenes problemer, og lære å bruke seg selv terapeutisk(Travelbee 1999:42)*

Hjemmetjeneste: *Hjemmesykepleie, pleie av først og fremst langvarig syke og fysisk utviklingshemmede i deres hjem. Hjemmesykepleien skal organiseres av kommunen, og utføres vanligvis av sykepleiere og hjelpepleiere under ledelse av en sykepleiesjef(Kåss 1998:125).*

Menneske: *”et enestående, uerstattelig individ- et engang – eksisterende- vesen i denne verden, lik men også ulik hver eneste person som noen gang har levd eller noen gang vil leve”(Joyce Travelbee)*

Uhelbredelig: Helbrede og helbredelse - å gjøre frisk, å helbrede sykdom(www.ordnett.no)

Uhelbredelig slik jeg ser det vil da bety at man ikke kan gjøre frisk.

Syk: ”forårsakende eller fulgt av smerte eller plage eller ubehag, eller på annen måte ubehagelig (Travelbee 1999: 84).

Sykdom: en usunn tilstand i kropp eller sinn(Travelbee 1999: 84).

Livsavslutning: I denne oppgaven tar jeg for meg begrepet livsavslutning, og med det begrepet mener jeg avslutningen på livet- døden.

Hjemmet: Bolig for familie, husstand (især som ramme om familieliv, privatliv)(www.ordnett.no)

1.3 Nok en dag går forbi..

Hjemmetjenesten er kommet inn i hjemmet og livet til en dame på 44 år. Hun bor hjemme sammen med sin mann og hun har to voksne barn, en gutt på 25 og ei jente på 22. Hun har uhelbredelig tumor cerebri, en svulst på hjernen. All kurativ behandling er avsluttet og det er nå fokus på lindrende behandling i hennes siste fase av livet. Hennes to barn er for tiden hjemme hos sine foreldre, de ønsker kvalitetstid.. Hennes mann er sykemeldt og er også hjemme hele tiden. Etter en kartleggingssamtale ønsker damen selv å få bistand til personlig hygiene og bistand til å administrere sine medisiner. Hun har nedsatt kraft i kraft i høyre side og trenger hjelp i forflytning samtidig som hun er avhengig av rullestol. Hun har også vanskeligheter for å få uttrykt sine behov verbalt.

Pleieren kommer dit en morgen, på planen står det morgenstell. Hun ringer på, venter til det blir åpnet. Mannen kommer og åpner, og sier at vi trenger da ikke ringe på, det er da bare å komme inn! Pleieren forklarer det går på respekt, høflighet og gammel vane. Dere er jo som en del av familien sier de inne i stuen. Pleieren tenker at det er greit med profesjonell avstand. Denne dagen ønsker mannen sammen sine barn å ta en tur inn til sentrum. Må ut, ut å treffe folk og å kjenne litt på veggen sier de. Pleieren får beskjed om at natten har vært og, men hun er sliten i dag også. Damen har vært slapp i de siste tre ukene, spist lite, drikket lite, og vært minimalt oppe. Pleieren går inn til den syke og konstaterer at hun sover, et lite gløtt med ett øye iakttar pleieren. Et smil og et håndtrykk. Ingen ord.. Pleieren går med jevne mellomrom mellom stuen og soverommet til den syke. Litt ut på formiddagen våkner den syke sakte til. Hun sier "dusj"... Pleieren tygger litt på det hun sier, og tenker etter om hun virkelig hører sant. "Sier du at du ønsker å dusje" speiler pleieren. Ja! Lyder svaret. Den syke er veldig våken nå, og hun smiler. Pleieren tenker lenge, den ene tanken er at hun selvfølgelig å få dusje, i morgen har hun kanskje ikke muligheten. Pleieren hjelper den syke opp i fra sengen, konstaterer at det går bra. Pleieren har kontroll. Så kommer de til badet, å dusjen. Pleieren snakker med den syke, "hvordan gjør vi dette?" Den syke sier "holde meg" etterfulgt av "går fint", og smiler. Pleieren tenker med seg selv, og tenker at nå bryter hun alle sperrer og etiske retningslinjer også videre. Den syke er på trygg grunn inne i dusjen, med pleieren anstendig avkledd som bistand. Pleieren måtte kle av seg de ytterste klærne for å ikke bli våt på de. Dusjen går fint, den syke sier "opplevelse", og smiler. Når dusjen er vel overstått tar den syke seg til håret, ser i speilet og sier "klipp det", smiler fortsatt. Pleieren spør om hun gjerne ville vært til frisør. "Mm" lyder svaret, "men du gjør det". Pleieren klipper etter anvisning med mimikk og gestikulering og latter. Det blir stylet, det blir lakkert

negler, leppstiften kommer på, og smilet vedvarer. Pleieren lurte på om damen nå er sliten. "stua" sier den syke. Som sagt så gjort. Hun får drikke etter ønske, takker nei til mat. "Røyk" lyder så kommandoen. Pleieren tenker at det er vel dristig, prøver forsiktig å forklare at hun kan bli syk av det, siden hun har vært så slapp i det siste. "Tenn meg en røyk" lyder ordene, og smilet er der fortsatt.

Denne dagen sammen med den syke satte litt spor hos pleieren. Det gikk litt tid før hvilepulsene var normale igjen, men den gode følelsen av å ha utgjort en forskjell kommer aldri til å slippe taket. Det gikk et par dager før pleieren på nytt kom til den syke, da satt hun som en dronning inne i stuen, og spiste jordbær med fløte. Hun hadde fått på leppestift, hadde fortsatt lakkerte negler, og det samme smilet. Hennes mann fortalte at hun hadde uttalt at hun skulle dø med stil. Smile og blikket hun ga pleierne når de var sammen med henne sa mer enn ord. En av de siste dagene hun levde, så hun på en pleier og sa "Trygg" og smilte med både øyne og munn.

1.4 Oppgavens begrensning

Jeg har tatt utgangspunkt i egen erfaring og ut fra flere like situasjoner har jeg valgt å avgrense oppgaven til at hjemmetjenesten kommer inn i det hjelpetrengende menneskets liv når det er flere grunnleggende behov hun ikke lenger er i stand til å utføre selv på grunn av nedsatt funksjonsevne. Problemstillingen er stor og det er veldig mange områder jeg har kunnet tenkt meg å belyse, men med tanke på oppgavens begrensning har jeg valgt å skrive om viktige forutsetninger som må være til stede slik jeg ser det, og hvilke erfaringer som er gjort for å kunne gi det syke mennesket best mulig pleie, omsorg og trygghet.

Jeg ønsker å belyse det tverrfaglige samarbeidet i hjemmetjenesten som er en helt avgjørende faktor for tilretteleggingen for en livsavslutning i heimen. Jeg ønsker å fokusere på hvilke utfordringer sykepleieren kan komme ut for med hensyn til pasientens behov, også det behovet for at pårørende har det bra. Hovedfokuset mitt med tanke på oppgavens omfang og begrensning vil i hovedsak gå på omsorgsbehovet til det syke mennesket. Jeg har valgt å utelukke de pårørendes rolle, selv om dette er en faktor som er helt avgjørende med hensyn til samarbeid mellom heimen og hjemmetjenesten. Jeg har valgt å ikke ta med begrep som terminalomsorg, siden jeg ønsker å belyse mer i tiden før vi kommer så langt. Cicely Saunders sier " Tidspunktet for terminalomsorg, eller dødsomsorg er inne når all aktiv behandling av pasientens sykdom ikke lenger har virkning, eller mening, i forhold til pasientens virkelige behov".

Jeg har valgt å basere oppgaven min på erfaringer fra hjemmesykepleien, der jeg ønsker å trekke inn to caser. To historier, en mann og en kvinne. Felles for dem begge er at de er i aldersgruppen 40-60 år og har en uhelbredelig kreftsykdom. All kurativ behandling er avsluttet og hjemmesykepleien har nå kommet inn med bistand i gjøremål som ikke disse menneskene lenger mestrer selv, samt hjelp til administrering av medisiner. Jeg vil belyse hvilke tiltak jeg har erfart blitt satt i gang og støtter meg på funn i litteraturen som viser til bakgrunnen for valgene av disse tiltakene. Jeg ønsker også å få frem omsorgs delen i en slik relasjon. Jeg har ikke utdypet og gått videre inn på verken den økonomiske delen eller den medisinske delen med hensyn til palliativ omsorg i hjemmet. Som nevnt tidligere har jeg erfart at det er et stort tema, og med hensyn til oppgavens begrensning har jeg belyst de områder jeg har lagt til grunn for omsorg ved livets slutt.

1.5 Oppgavens formål

Mitt formål med denne Bacheloroppgaven i sykepleie er å styrke min kjennskap til hjemmetjenestens utfordring med hensyn til å kunne gi bistand ved livsavslutning i heimen. Jeg har som mål å sette meg inn i denne problemstillingen sett ut fra en profesjonell yrkesutøvers ståsted, ut fra mitt ståsted som fremtidig sykepleier. Jeg ønsker å belyse omsorgsperspektivet i denne sammenhengen. I møte med mennesker i slike livssituasjoner har jeg fått erfare at man er liksom mye medmenneske som en profesjonell yrkesutøver, og man blir veldig ydmyk til livet.

1.6 Oppgavedisposisjon

Jeg har valgt å basere min oppgave på min egen erfaring som helsepersonell fra hjemmetjenesten, min egen bakgrunn. Metod delen vil vise hvordan jeg har kommet frem til mine funn, og hvilke kilder som er lagt til grunn samt kildekritikk. Teoridelen baserer jeg på en litterær studie, dels pensum fra skolen, og en del pensum hentet utenfra. Teoridelen viser også hvilke teoretikere jeg har støttet meg på.

2.0 Metode

- Litterærstudie
- Erfaringsbasert kunnskap
- Uformelle samtaler

I dette metodekapittelet skriver jeg valg av metode, metodebeskrivelse, hvilke litteratursøk jeg har gjort og kildekritikk.

2.1 Metodebeskrivelse

Metoden forteller oss noe om hvordan vi bør gå til verk s 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(Dallan 2001:71)

Jeg har valgt en litterær studie for å belyse og gi teoretisk støtte til problemstillingen min. Jeg har brukt fagbøker fra pensum, valget falt på de bøkene fordi de belyser områder fra mitt tema på mitt kompetansenivå. I følge Dalland (2000) er litteraturstudiet avhengig av gode og relevante skriftlige kilder. Jeg har også valgt å søke etter relevante tekster på Internet. Der har jeg funnet fram til ressurser som er skrevet før om samme tema, og jeg har drøftet mine funn og teoribakgrunn ut i fra funn de har kommet fram til i sine forskningsprosjekter. Min drøfting vil bli gjort på bakgrunn av den eksisterende litteraturen. Jeg har som sagt tidligere erfaring som helsearbeider i møte med mennesker som er uhelbredelig syke og som ønsker sin siste del av livet og utgangen av det i sitt hjem. Jeg vil basere oppgaven på erfaringer jeg har gjort meg i møte med disse, og sette det opp mot funn i teorien.

Med hensyn til oppgavens begrensning valgte jeg en litterær studie. Jeg ser det etter å ha studert meg gjennom litteraturen, at om jeg hadde hatt tid hadde jeg ønsket meg et større prosjekt basert på samme tema. Dette er et stort, nesten uutømmelig tema, likesom døden er stor, uunngåelig, mystisk, ventet, og brå.

Mitt kunnskapssyn berøres av hermeneutikken. Hermeneutikk handler om å fortolke meningsfulle fenomener og å beskrive vilkårene for at forståelse av mening skal være mulig(Dalland 2000: 55). Hermeneutikk handler om å tolke og å forstå grunnlaget for menneskelig eksistens. Derfor er denne tilnærmingen så viktig for alle som forbereder seg til å arbeide med mennesker(ibid).

2.2 Litteratursøk og kilde tilgang

Litteratur tilgang på Internet har vært enorm. Det fikk meg til å tenke at et er et stort område og tema. Jeg har søkt i databaser som CHINAL , bibsys, vård i norden , sykepleien, ordnett, snl, ssb. Søke ordene jeg brukte var palliasjon, palliative care+ cancer, homecare, nursing, Joyce Travelbee, cancer + dying.

2.3 Bakgrunn for valg av kilder

Begrunnelsen for mine kildevalg er fattet mest på bakgrunn av deres relevans, og hvor godt de har truffet mitt interesseområde. Jeg har tatt med kilder som har vært så nært opp til nåtid som mulig. Siden interesseområdet er aktuelt for tiden var det tilgang på mye ressurser.

Utfordringen min var tidsaspektet og hvor godt de traff i forhold til hva jeg ønsket å belyse. Hovedkildene jeg har benyttet er pensumlitteratur. Jeg følte at det var en god del gode kilder i den litteraturen, og at det dekket mitt behov for hvilken dybde og hvilket ståsted jeg ønsket for denne oppgaven. Samtidig er det faglitteratur som høgskolen har satt som standard for min utdanning. Forfatterne jeg har søkt etter når det gjelder ekstern litteratur har jeg satt som kriterier at skulle være relevante med hensyn til utdanning og kompetanseområde. De tidsskriftene jeg fant aktuell litteratur fra var ”Vård i norden”, og ”Sykepleien”. Jeg fant en hel masse artikler som dreide seg om palliativ omsorg, og omsorg ved livets slutt og utfordringen var å plukke ut de som traff meg akkurat. I disse tidsskriftene fant jeg publikasjoner fra to forfattere som jeg syntes tok opp interessante og reliable tema i forbindelse med tema for min oppgave. Mette Asbjørn Nergård, Anders Bonde Jensen, Frede Olesen og Jens Sondergaard har publisert en studie i biomedcentral, som er en kvalitativ intervju studie av pårørende i palliativ behandling, der de blant annet spurte om hvilke kriterier pleierne skulle ha, hvilke kvaliteter, og hvordan samarbeidet fungerte.

2.4 Kildekritikk

Når det gjelder søkeordene og en del ord jeg har brukt i oppgaven fant jeg for eksempel ut at jeg måtte bruke ord som palliasjon i stedet for lindrende behandling. Hjemmetjeneste ble til hjemmesykepleie. Noen av kildene jeg har brukt er fra mange år tilbake, men slik jeg ser det er de like aktuelle den dag i dag. Boken til Joyce Travelbee ble først utgitt i 1966, siste utgave av boka kom ut i 1971. Selv om hennes teori kom ut midt på 60 tallet, er den like fullt gjeldende for min praktisering av sykepleie i dag. Jeg har ikke selv foretatt noen intervju, den metoden ble bevisst valgt bort på grunn av oppgavens omfang og mine etiske overveielser.

Jeg har basert store deler av oppgaven på erfaringer jeg selv har gjort, og på samtaler med kolleger som har de samme erfaringene. Den engelske studien, *Palliative care for cancer patients in a primary health care setting: Bereaved relatives`experience, a qualitative group interview study*, har jeg oversatt selv og det kan være jeg har misoppfattet noe.

3.0 Faglig ståsted og teoretisk forankring.

I dette kapitlet vil jeg beskrive hvilken teoretisk forankring som er lagt til grunn for denne oppgaven.

3.1 Joyce Travelbee

Joyce Travelbee var en amerikansk sykepleier som skrev boken ”*Interpersonal Aspects of nursing(1971)*”. Travelbees sykepleietenkning har sentrale begreper som empati og terapeutisk bruk av seg selv. Hun har hentet inspirasjon fra eksistensialistisk filosofi og humanistisk psykologi. Hennes menneskesyn går ut på at hun forholder seg til ethvert menneske som et unikt individ- som en engangsforeteelse i verden(Travelbee 1999: 54) Videre sier hun at mennesket har en tilbøyelighet og en evne til å søke mening i møtet med lidelse, sykdom og smerte(ibid) Når det gjelder det syke menneskets miljø peker hun på den kulturen personen er en del av, vil ha en betydning av for vedkommendes oppfatning av sykdom og lidelse. I enkelte tilfeller beskriver hun også pasientens familie som betydningsfull i forhold til den syke. Selv om hun peker på både familie og samfunn, er det primært enkeltmennesket hennes sykepleietenkning rettes mot. Jeg støtter meg på hennes teori med hensyn til at man skal se hun, vi som pleiere vil kalle pasienten, som et menneske. Videre sier hun at hun ikke liker kategoriseringen og slik jeg ser det, å bli satt i bås. Hvis man plukker i fra hverandre begrepene som sykepleier, hjemmesykepleier og menneske så går det an å få det helt banalt ned til det nivå at det er et menneske, et medmenneske som hjelper et annet menneske, det syke mennesket. Det er det som danner alt utgangspunkt føler jeg.

I sykepleiesammenheng er den subjektive opplevelsen av helse sentral, understreker Travelbee. Forstått subjektivt vil mennesket være så sykt eller friskt som det føler seg. For mange vil opplevelsen av å ha helse være knyttet til det å kunne utføre dagligdagse aktiviteter på en tilfredsstillende måte(Kristoffersen 1998: 406).

Travelbees sykepleiedefinisjon bygger på et eksistensialistisk menneskesyn, og på det faktum at lidelse og smerte er en uunngåelig del av menneskelivet. Hun sier at ”Sykepleie er en

mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleieren hjelper et individ, en familie, eller et samfunn med å forebygge, eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse, og om nødvendig finne en mening i disse erfaringene” (Travelbee 1999:29). I tillegg til komponentene som å mestre, bære, og finne mening, tar hun også inn begrepet håp. Ved å understøtte håpet hos mennesker som lider, hjelper sykepleieren dem til å mestre lidelsen i større grad enn de ellers ville ha gjort, og til å bære sykdom og tap, samt konsekvensene av dette, gjennom resten av livet(Kristoffersen 1998: 407)

Grunnlaget for å bevare og utvikle håp er knyttet til den trygge forvissningen om at en vil motta hjelp fra andre når en trenger det(ibid)

Pasientbegrepets generalisering tar Travelbee avstand fra. Hun mener at et menneske er sykepleierens pasient når det søker hjelp fordi det opplever et problem eller en krise. Hun understreker at det er det unike individ som er mottaker av sykepleie. Som sykepleier er det langt viktigere å kjenne pasientens opplevelse av situasjonen, og å vite hvilken mening hun legger i den, enn å forholde seg til hennes diagnose, i følge Travelbee.

Videre sier hun *at det å snakke om roller er å foreta generaliseringer og abstraksjoner som bare fremhever det som er felles for grupper av mennesker, for eksempel de gruppene vi kaller pasienter og sykepleiere(ibid).*

Travelbee er veldig jordnær når hun beskriver hvilke forutsetninger hun mener er viktig for å kunne utøve profesjonell sykepleie til et menneske. Min erfaring i møte med menneskene i disse situasjonene var å tilnærme seg sakte men sikkert. Og som Travelbee utdyper om hvordan oppnår sykepleien sin hensikt ” *en vesentlig antagelse er at sykepleiens mål og hensikt oppnås gjennom etableringen av et menneske-til-menneske-forhold*”(Travelbee 1999:41). Hun sier videre at sykepleier-pasient forhold kan stå i veien for et menneske-til-menneske forhold. Slik jeg ser det og har erfart må en profesjonell sykepleier kunne klare å være et medmenneske samtidig som man skal utøve profesjonell sykepleie og ta en del avgjørelser. Det er en fin balansegang, det er om at en klarer å kjenne sine grenser med hensyn til å distansere seg og på samme tid ikke bli for personlig involvert. Når man kommer så tett på mennesker som i eksemplene er det en stor nok utfordring i seg selv.

3.2 Sykepleiekompetanse

Sykepleiekompetanse består både av teoretisk kunnskap, praktisk kunnskap, og erfaringskunnskap. Det forventes at sykepleieren er selvstendig og ansvarsbevisst, og at hun stadig kvalitetssikrer og forbedrer sin praksis(Reitan og Scjhølberg 2004:22).

Kirkevold(1996) argumenterer for at vitenskapelig kunnskap (teori) og anvendelse av den i praktisk sykepleie går gjennom personlig kompetanse. Travelbee sier på sin side at sykepleie er en mellommenneskelig prosess fordi den alltid, direkte eller indirekte, dreier seg om mennesker(Travelbee 1999:54)

Teoretisk kunnskap, praktisk kunnskap, og etisk kunnskap må integreres i utøverens kompetanse for å kunne få innvirkning på personens handlinger(Reitan og Schjølberg 2004:22)

3.3 Sykdom

Da dette er et stort område med mange alvorlige diagnoser har jeg valgt å gå nærmere inn på det som er bakgrunnen for mine erfaringer lagt til grunn for denne oppgaven.

Menneskene som er tatt med som eksempler i denne oppgaven har begge uhelbredelig kreft, henholdsvis kreft i lungene med spredning til omkring liggende organer, og hjernetumor, med spredning til skjellett. Her vil jeg kort fortelle om deres sykdom spesielt og sykepleie i rundt den.

3.3.1 Generelt

Kreft er en sykdom som begynner på molekylært og cellulært nivå, men som etter hvert igangsetter en kaskade av prosesser i organismen. Sykdommen kan føre til skade på et enkelt organ, et organsystem og en hel organisme. Pasientens livssituasjon blir ofte totalt endret(Reitan og Schjølberg 2004: 272)

3.3.2 Kreft i sentralnervesystemet

Svulster i sentralnervesystemet, dvs. intrakranielle og intraspinal svulster, utgjør 1 % av alle svulster som blir diagnostisert, men er årsaken til 2,5 % av alle kreft dødsfall. Hvert år rammes ca 700 personer i Norge (Reitan og Scjøberg 2004: 465). Spesifikke svulster som Gliomer, utgjør ca 50 % av de primære hjernetumorene. Glioblastoma multiforma utgjør hos voksne mer enn halvparten av gliomene, mens medullablastomene dominerer hos barn. Glioblastoma multiforma finnes hyppigere ved økende alder. Disse former er mer aggressive (ibid). Behandlingen består i første omgang av kirurgi. Kirurgiske inngrep kan medføre forlenget overlevelse og gi mulighet for ytterligere behandling.

For mennesker med hjernetumorer vil funksjonstapene være avhengig av hvor i sentralnervesystemet tumoren ligger. Mennesket i den første casen hadde nedsatt følelse i høyre side, hun hadde ikke sammenhengende språk, hun hadde ikke hemninger når det gjaldt hva hun kunne si, hun var inkontinent for urin og avføring, hun trengte hjelp i enkelte spisesituasjoner, og hun hadde litt problemer med å svelge. I følge Reitan og Schjøberg kan mennesker med en slik tilstand bli avflatet i følelsene sine, og virke likegyldig og fjern til det som skjer med seg. Noen kan bli mer irritable og aggressive, andre apatiske og depressive. Livslysten og livsgleden har blitt borte. Dette kan være en kombinasjon av tapet av emosjonelle funksjoner samt frustrasjon over den livskrise hun befinner seg i.

3.3.3 Lungekreft

Lungekreft er den nest hyppigste kreftformen hos menn, og den tredje hyppigste kreftformen hos kvinner. 5 års overlevelse for pasienter med lungekreft er bare 13 %, og det har ikke vært noen vesentlig forbedring av behandlingsresultatene de siste 20 årene til tross for omfattende forskning. Hovedårsaken til lungekreft er tobakksrøyking, som man mener er ansvarlig for ca 80 % av tilfellene (Reitan og Scjøberg 2004:331). Lungekreft inndeles både etter celletyper og etter hvor avansert sykdommen er. Jo tidligere diagnose, desto større er muligheten for helbredelse eller lang sykdomsfri overlevelse. Det er ofte funn på røntgen thorax som gir mistanke om at det foreligger lungekreft. Hvis det er mulig blir pasienten operert, da vil en lungelapp eller hele lungen bli fjernet. De fleste pasienter er ikke operable på grunn av svulstens sentrale plassering, fjernmetastaser, eller innvekst i naboorganer, eller fordi de er for dårlige på grunn av redusert lungefunksjon eller svekket allmenntilstand (Jacobsen mfl. 2001:160) Svulsten(e) metastaserer hyppigst til hjernen, skjellettet, og leveren (ibid). Hos de med lungekreft forsterkes ofte utfordringene på grunn av at de aller fleste av dem har dårlig prognose og kort tid igjen å leve allerede når diagnosen stilles. Behandlingen er sjelden

helbredende(Reitan og Scjøhlberg 2004:336).Lungekreftpasienten plages veldig ofte av hoste og ekspektorat. Årsaken er at etter hvert som svulsten ekspanderer i lungene, vil den stenge for de deler av luftpasasjen og forårsake både tung pust, hoste og ekspektorat. Tung pust kan igjen føre til angst for ikke å få puste som igjen kan forsterke angsten for å dø(ibid). Sykepleie til pasienter med langtkommen lungekreft vil bestå i å lindre ubehag og lette arbeidet med å puste. Bistå i gjøremål hvor de må anstrenge seg, for eksempel personlig hygiene og av og på kledning.

3.3.4 Veien blir til mens du går..

Pleieren kommer inn til en mann på morgenstell. Hun går inn til mannen for å starte dagen. Han ser ikke så sprek ut i dag, men han er klar til å stå opp. "jeg må opp vet du, stor dag i dag", sier han. Mannen fyller 60 år i dag. Det hører med til historien at han har langtkommen lungekreft med spredning til lever og hjernemetastaser. Inntil nå har han fått innvilget hjemmesykepleie 2 ganger daglig, med bistand til personlig hygiene morgen og kveld samt bistand til legging og administrering av medisiner. Medisinene har til nå vært administrert peroralt. Under morgenstellet observerer pleieren at han anstrenger seg for hver minste bevegelse, og at han har en anstrengt mine, et drag over fjeset. Pleieren spør om han har smerter. "Neida" lyder svaret. De fortsetter og de går så inn til fruen for frokost. Hun sier "Gratulerer med dagen kjæresten min", samtidig som hun holder godt rundt ham og de klemmer lenge. Pleieren kjenner at det blir veldig sterkt for henne, det er mange tanker som går gjennom hodet nå. Hun tenker på at denne bursdagen kan bli den siste, hun tenker også på om han er godt nok smerteregulert, hun synes nemlig ikke det har virket slik på han i det siste. Når hun kommer inn i stuen igjen sier hun måtte ut å ta en telefon. Hun bestemmer seg for å snakke litt med jubilanten, og spørre om han føler seg godt nok smertelindret. "Å ja da sier han, det går så godt.. Å til helga vet du, så kommer alle de 5 ungene mine hjem og vi skal ha stor fest, 60 år veit du". Fruen går ut på kjøkkenet en tur og pleieren leser kroppspråket som om at det ikke er helt som det skal. Pleieren nøler litt men går tilslutt etter. Hun spør om hun vil følge henne ut, og fruen følger på. Når de kommer ut på trappen spør pleieren om det er noe hun lurte på. Da bryter demningen, og gråten og tårene kommer. "Jeg greier ikke mer" Sier fruen. "Han er mye våken på natten, han roper og skriker, han ser for seg ting som ikke er der og jeg tror det hele skyldes smertene. Pleieren trenger bare å holde blikket og vise at hun lytter, for hele historien kommer. Fruen fortsetter " han er livredd for å må reise inn til SLB(Seksjon lindrende behandling v/St. Olavs Hospital), de er greie der, det er ikke det, men

han sier han føler på seg at den kommer snart, døden altså, så han vil så gjerne være hjemme, men han vet det at han ikke har samme mulighet her. Jeg greier ikke stelle ham lenger, og jeg våger ikke si det til ham". Hun drar pusten, tørker tårene, og det samme gjør pleieren.

Pleieren må videre, men hun lover å undersøke hvilke muligheter som finnes.

Hun får noen andre til å fordele resten av ruta, og setter i gang. Hun tar kontakt med fastlegen til mannen, og de avtaler et møte. De blir enig om at mannen trenger tettere oppfølging, og at legen tar det overordnede ansvar for smertelindringen til mannen. Pleieren vet at det finnes en smertepumpe tilgjengelig i kommunen. (Det som er vanlig er at smertepumpene skal oppbevares ved medisinteknisk lager på sykehuset når de ikke er i bruk. Det vil da ta en dag før pasienten har den i bruk. Sykepleierne i denne kommunen har nektet å oppbevare den der, og forsikrer seg at de har en lånepumpe når den andre må inn til service. Alle sykepleierne i hjemmetjenesten har opplæring i bruken av pumpen.)

I løpet av en time har legen vært på hjemmebesøk, sammen med pleieren, og mannen er påkoblet smertepumpe. Mannen har åpen innleggelse på SLB, men sier han vil strekke seg langt for å være hjemme. I løpet av dagen får han spesialseng inne på stua, hjemmesykepleien mobiliserer med døgkontinuerlig pleie og bistand. Legen, hjemmesykepleien, ergoterapeuten og SLB samarbeider for at mannens siste dager skal bli så gode som mulig. Når pleieren kommer på vakt dagen etter, sover mannen enda. Nattevakten sier han har sovet i hele natt, og at han har vært stabil i pusten. Pleieren og nattevakten klargjør neste medisindose som skal inn i pumpen, slik at de har det klart. Fruen er den første til å stå opp denne dagen og hun går rett bort til mannen sin og klemmer han. "God morgen"! Han våkner, ser på henne og sier " Legg deg litt ved meg nå", og det gjør hun. Pleieren rusler en tur på kjøkkenet. Fruen kommer etter litt, og tar hånden til pleieren. Hun klemmer hardt, og sier "Takk". Pleieren går inn til mannen, og han ser ikke så verst ut tenker hun. "kom og sett deg" lyder ordren, hun setter seg på sengekanten hans. "Du, sier han, tror du på Gud?" Oi, tenkte pleieren. Svarer " Jeg er nødt til å tro, jeg tror på at det finnes noe godt som venter oss, noe som er bedre enn det vi har her, Så jeg tror, ja, men på Gud, ikke direkte". Hun hører det blir vagt, men mannen tar hånden hennes og sier " Du, du må ALDRI begynne å røyke, og om du gjør det så slutter du tvert! Og du, vet du, jeg er ikke redd for å dø lenger. Jeg vet jeg får dø her hjemme, i heimen min, på heimplassen min, jeg vil ikke reise noe mer ser du. Dere er virkelig engler, og ja, jeg må si jeg har tro jeg også".

Nok en dag går forbi, og veien blir til mens du går...

3.3.4 Lindrende behandling/Palliativ behandling

Palliasjon omfatter ivaretagelse av både fysiske, psykiske, sosiale og åndelige/eksistensielle behov. Best mulig livskvalitet for pasienten er den overordnede målsettingen for all palliativ behandling og pleie. Siden livskvalitet er subjektiv og derfor kun kan kartlegges ved å kommunisere med pasienten, blir gode ferdigheter i kommunikasjon spesielt viktig i møte med pasienter i palliativ fase av en kreftsykdom. Disse pasientene har alle relativt kort forventet levetid, men forskjellige sykdomsforløp, varierte symptombilder, ulik kulturell bakgrunn, varierende utdanningsnivå og sosial bakgrunn og ulike personligheter(http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00021/Nasjonalt_handlingsp_21509a.pdf).

I Norge har vi disse kjente kompetente palliative avdelinger og hospice:

- Hospice Lovisenberg, ved Lovisenberg Diakonale Sykehus i Oslo,
- Røde kors sykehjem i Bergen
- Seksjon lindrende behandling(SLB) St. Olavs Hospital i Trondheim
- Sunniva Hospice ved Diakonissehjemmets sykehus Haraldsplass Bergen

Samtidig er det et nytt prosjekt kommet i gang ved havstein bo og servicesenter i Trondheim, med avdeling for lindrende behandling. I Oslo har de hatt Fransiskus hjelpen siden 1976 som spesielt har tatt seg av omsorg for døende som ønsker å være i sitt hjem så lenge det er hensiktsmessig(Mekki og Pedersen 2004:506). Når man bor i distrikt er man ofte langt unna slike avdelinger og ofte blir selve reisen en stor påkjenning i seg selv. Som det kommer frem i case 2 var mannen med langtkommen lungekreft villig til nesten å fortrenge smertene i frykt for å måtte reise inn til sykehuset. Verdens Helseorganisasjon sin definisjon av palliativ medisin lyder:

”Aktiv behandling, pleie og omsorg av pasienter med en inkurabel sykdom og kort forventet levetid. Lindring av pasientens fysiske smerter og andre plagsomme symptomer, samt tiltak rettet mot psykiske, sosiale og åndelige/eksistensielle problemer, må være sentrale. Målet med all behandling, pleie og omsorg er å gi pasienten og hans familie best mulig livskvalitet. Mye av modellen for behandling, pleie og omsorg er også anvendbar tidligere i sykdomsforløpet, samtidig som det gis kurativ eller livsforlengende behandling ”(Helse- og Omsorgsdepartementet, NOU, 1999)

3.4 Hjemmet som arena

I følge Husebø og Husebø har flere undersøkelser vist at det i hjemmet kan etableres svært god standard for palliativ omsorg, helt på høyde med innsatsen på palliative avdelinger. Disse erfaringer konkluderer med at pasienten bør være i sitt hjem når det er mulig. Videre sier de at utgiftene samtidig er betydelig lavere enn på institusjon. De mener at de forutsetninger for at alvorlig syke og døende skal ha det bra hjemme er følgende kriterier:

- Det må finnes et hjem
- Det må være noen hjemme
- Pasient og pårørende må ønske at pasienten skal være hjemme
- Hjemmesykepleie og hjemmehjelp må ha nødvendig kompetanse, motivasjon, og ressurser døgnet rundt
- En lege med engasjement og palliativ kompetanse må ha det medisinske ansvar døgnet rundt.

Den etiske fordringen til en sykepleier i omsorgen for det døende mennesket ligger i å ta vare på mennesket som er utlevert til sykepleieren på en måte som fremmer livsmot og håp.

3.5 Kommunenes ansvar – muligheter/ pasientens rettigheter.

Det står ikke klart definert i kommunehelsetjenesteloven at kommunen er pliktig til å tilrettelegge for bistand ved livsavslutning i hjemmet. Etter lov om helsetjenesten i kommunene av 19. november 1982 nr 66, § 1-1, *skal kommunene sørge for nødvendig helsetjeneste for alle som bor eller midlertidig oppholder seg i kommunen. Kommunens helsetjeneste skal omfatte følgende oppgaver:*

- 1. Fremme helse og forebyggelse av sykdom, skade eller lyte.*
- 2. Diagnose og behandling av sykdom, skade eller lyte*
- 3. Medisinsk habilitering og rehabilitering*
- 4. Pleie og omsorg.*

Som det kommer frem her er det vide og uspesifikke retningslinjer kommunen på sin side og sykepleieren som skal yte omsorg på den andre siden. Videre står det at som formål har retningslinjene å bidra til sikring for at personer som mottar pleie og omsorgstjenester etter sosialtjenesteloven får ivaretatt sine grunnleggende behov med respekt for det enkelte

menneskets egenverd og livsførsel. Det sies blant mange punkter, og spesielt ett mer utdypende ”*En verdig livsavslutning i trygge og rolige omgivelser*”. Erfaringsmessig, slik mannen fra casen sa, i samtaler når det var spørsmål om sykehus og sykehjem så var det ikke ”trygge og rolige omgivelser” han beskrev plassene med.

Kommunen som menneskene i mine eksempler bor i har ikke noen definert plan og retningslinjer utover det som står i lovverket. Ingen sykepleiere har noen form for videreutdanning i palliasjon, men flere i sykepleiegruppen har egne erfaringer som pårørende til uhelbredelig syke og døende. Sammen med blant annet de sykepleierne, og fastlegen til pasienten har det blitt lagt føringer i fellesskap for hvordan en slik omsorg skal gjennomføres. Forutsatt at pasientens problemer ikke kan tas tilfredsstillende hånd om av kommunehelsetjenesten eller av kommunehelsetjenesten alene, har alle pasienter i den aktuelle pasientpopulasjonen rett til nødvendig helsehjelp i spesialisthelsetjenesten. I pasientrettighetsloven står det blant annet i §2-1 at ”Pasienten har rett til nødvendig helsehjelp fra kommunehelsetjenesten”.

3.6 Individuell plan

”Personer som har behov for langvarige, sammensatte og koordinerte tjenester har rett til å få utarbeidet en individuell plan. Når det gjelder mennesker som er omfattet er omfattet av det psykiske helsevern (spesialisthelsetjenesten), er alle gitt en rett til å få utarbeidet en individuell plan. Retten er regulert i pasientrettighetsloven § 2- 5 med utfyllende regler i ”Forskrift om individuelle planer”. Plikten til å utarbeide individuell plan er forankret i henholdsvis kommunehelsetjenesteloven § 6-2a, spesialisthelsetjenesteloven § 2-6, samt psykisk helsevernloven § 4-1. Hovedregel er at brukeren skal samtykke til utarbeidelse av individuell plan, unntaket er pasienter under tvunget psykisk helsevern.”

(Sosial- og Helsedepartementet 2001)

I følge denne forskriften vil det si at pasienter som mottar tilbud fra flere tjenester i samme kommune har rett til å bli oppfulgt ved hjelp av en individuell plan. Slik det er organisert i vår kommune er det en spesialsykepleier innenfor psykisk helse som fungerer som koordinator for disse tjenestene. Egen erfaring fra team arbeid organisert ut fra individuell plan har vist at man sikrer at det syke mennesket får kvalitetssikret sine tjenester og blir kontinuerlig oppfulgt. De teamene som har vært satt sammen i forhold til menneskene som er omtalt i case 1 og 2 har bestått av leger, både fastlege og spesialist ved SLB, sykepleiere fra kommunen,

ergoterapeut(hjelpemidler), fysioterapeut, sosiale tjenester, Nav. Det har vært forskjellige instanser som har vært med, alt ut i fra behovet for koordinerte tjenester som den syke hadde. Det vi erfarte med å bruke I.P var at ikke alt ansvaret ble liggende på sykepleieren, men hver instans tok sin del av sitt ansvarsområdet. På dette viset så vi også at det syke mennesket fikk dekt flere sider av sine behov, og at det var profesjonelle hjelpere på hvert enkelt område.

3.7 Omsorg ved livets slutt

Døden kommer sjelden plutselig og uventet. I biologisk forstand er døden en prosess som strekker seg over tid(Mekki og Pedersen 2005:517)

I følge Ellen K. Grov, som har skrevet artikkelen om *”hvordan sykepleieren kan bidra til å fremme mulighet for personer med langtkommen kreft til å dø hjemme”* gir tidsfaktoren mulighet til å forberede tiltak, og ivareta ønsker og behov som blir uttrykt. Samtidig kan tiden oppleves som en trussel i den forstand at lidelse over tid kan skape stress og fortvilelse hos både den kreftsyke, og pårørende. Reitan og Scjhølberg sier det kreves personlig og faglig kompetanse for å kunne bidra til å redusere omfanget av den lidelse pasient og pårørende opplever når de står inn for dødens virkelighet.

Siden pasientene i palliativ fase tas hånd om på alle nivåer av helsevesenet, må grunnleggende palliasjon beherskes av alt helsepersonell som deltar i dette arbeidet. De fleste pasienter i en palliativ situasjon har et ønske om å kunne tilbringe mest mulig tid hjemme. Fastlege og hjemmesykepleie spiller en meget viktig rolle i den hjemmebaserte omsorgen for disse pasientene. I de aller fleste helseforetaksområdene er det dessuten etablert nettverk av ressursykepleiere i kreftomsorg og palliasjon med spesielt fokus på kompetanse og samhandling. Hver kommune bør ha en slik ressursperson som kan bistå med råd og veiledning.

3.8 Hvor dør mennesker?

I de siste ti årene har det etter min erfaring vært mer tradisjon at uhelbredelig syke dør på institusjon. Der har de mer bemanning i forhold til behovet for heldøgnspleie. Utviklingen har gått litt i retning at det er helt naturlig å dø på institusjon.

I 2006 døde 21 621 kvinner og 19 621 menn i Norge. Hjerte- og karlidelser og kreft er årsak til over 60 prosent av dødsfallene i Norge(www.ssb.no/dodsarsak). I vårt land dør ca. 40 % på sykehus, 40 % på sykehjem og 15-20 % i sine hjem. For hundre år siden døde 90 % hjemme(Husebø og Husebø 2003: 7) Sett ut fra statistikken har dødens nærhet blitt fjern fra dagens familiehverdag. Man skal ikke si at alt var bedre før, men både statistikk og erfaring viser at familien før var nærmere og mer naturlig del av døden for hundre år siden.

Erfaring viser, særlig med tanke på utkantkommuner at trenden er i ferd med å snu. De erfaringene jeg har fra hjemmetjenesten er at de fleste ønsker å dø hjemme. De ønsker å føle seg trygge, de ønsker, for de som har det, og ha sine nærmeste rundt seg, de færreste ønsker å dø alene. Hjemme føler de seg kanskje trygge og verdsatte og betydningsfulle. Samtidig ønsker de å være omgitt av fagpersoner, som kan gi den ekstra tryggheten som ikke pårørende kan gi.

4.0 Drøfting

I denne delen vil jeg ta for meg og drøfte ”hvordan kan sykepleieren i hjemmesykepleien bistå et menneske med uhelbredelig sykdom som ønsker sin livsavslutning i heimen”

Denne problemstillingen vil jeg drøfte opp i mot Joyce Travelbee`s komponenter i sykepleieprosessen. Hun sier ” *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*”.

4.1 Sykepleieren observerer for å kartlegge pasientens behov

Det å kunne gå inn i slike situasjoner som beskrevet i casene var for min del en overveldende følelse. Jeg kunne bare bekrefte ovenfor både det syke mennesket og dets pårørende at jeg ikke klarte og forstå. Jeg hadde lite forutsetninger for å sette meg inn i deres opplevelse. Jeg hadde ingen i min nærmeste familie som var i samme situasjon, og mitt personlige forhold til døden var å miste mine besteforeldre på naturlig måte, en fredfull død av alderdom. Etter mine første vakter hos den syke damen, måtte jeg gå til side et øyeblikk og ta et dykk i meg

selv. Det ble til at jeg reflekterte velig over hva som egentlig er viktig i livet. Jeg fikk et enormt behov for å fortelle mine kjære at jeg var glad i dem, at jeg satte pris på å ha dem i livet mitt.

Jeg opplevde også sorg, syntes at det var helt meningsløst at slikt kunne forekomme. En ung dame i sin beste voksne alder, som hadde tapt kampen for livet. Jeg måtte tilegne meg litteratur på området som kunne gi meg støtte og en slags mening i situasjonen. Jeg måtte finne min forankring i forhold til det og gi det meningsløse en mening. Den tilfredsstillende som man kan få i sykepleieutøvelsen gjennom for eksempel å få et sår til å gro, ble fraværende. Det å kunne gi dagen mening, noen dager ved bare å være der, ble til en annen måte å jobbe på. Samtidig opplevde jeg etter disse erfaringene at man ble mer kynisk til mindre ting i hverdagen, som for eksempel en ørebetennelse hos eget barn. Veldig intenst på det verste, men tanken på at det kun var for en kort periode, og at det da ville være som normalt igjen ga liksom en trøst, en mening. For disse menneskene, de med uhelbredelig kreft, ville ingenting bli som normalt igjen. Snart var alt slutt, de skulle reise fra sine aller kjæreste. Og for de pårørende, de visste at det var nært forestående at den syke snart ikke var en del av deres hverdag.

Mannen på 60 år sa at det å være hjemme, det var det som var viktigst for ham. Han ønsket å ha sine rundt seg, de fikk komme og gå når de ville. Naboer tok en tur innom, som han sa så følte han at det var mer naturlig for folk å komme og å ta kontakt med ham på det viset. Han sa videre at han ikke hadde fått det samme på sykehuset. Ikke engang hans frue hadde fått vært der når hun ville. For ham ga denne muligheten ham en sjanse til å ta det litt mer i sitt eget tempo.

Erfaringer viser at mennesker som vet de snart skal dø har en viss evne til å påvirke sitt dødstidspunkt. Det kan være at de strekker seg for å ta del i spesielle arrangementer osv. Mannen i case 2 skulle feire 60 års dag, med alle sine kjente og kjære i rundt seg. Som han sa selv så var det både bursdag og begravelse. Han sa det i bursdagen sin, at neste gang dere alle treffes igjen er det uten meg. Den morgenen, på bursdagen hans, etter å ha snakket med mannen litt kom det frem at han var veldig redd for å komme på sykehus og at han skulle dø der. Det han ønsket mest av alt var å få dø hjemme med sine kjære i rundt seg. Derfor turde han ikke å si fra til noen om de smertene han hadde og angsten han slet med for å kveles og å dø alene, på en fremmed plass. Ved at sykepleieren var observant, tok seg tid og gikk i dypet på situasjonen følte pasienten at han fikk tillit til tjenesten. Han ble tatt alvorlig med en gang, både legen og sykepleieren visste at det ikke nødvendigvis var snakk om så mange uker før det hele var over.

4.2 Sykepleieren bekrefter eller avkrefter sine antagelser om hvilke behov pasienten har

Mannen i caset sa ingen ting om at han hadde smerter og at ikke medisinen virket slik den skulle lenger i frykt for å reise inn til sykehuset. Han ønsket heller ikke å ”plage” sykepleieren med sine lidelser som han sa. Travelbee sier ”*Det er den profesjonelle sykepleierens rolle å gi den hjelp det er behov for, uten å måtte bli bedt om det*”. Slik jeg ser det er det å se pasientens behov utover det som blir verbalt kommunisert en sykepleiers oppgave og utfordring. I Sykepleien nr 13, 2007 står det i en fagartikkel at nøkkelordene i møte med mennesker i livets slutfase er nærhet, ekthet, og håp

(<http://www.sykepleien.no/article.php?articleID=16510&categoryID=18>).

Videre står det at pasientens smerte har fysiske, psykiske og åndelige elementer og er et uttrykk for lidelsen i vid forstand. Pasientens situasjon er sammensatt, komplisert og uforutsigbar. Disse dagene, hos begge menneskene beskrevet i casene var egentlig litt forutsigbar. Damen i det første caset hadde vært slapp og hadde vært sengeliggende flere dager, mannen fra case to hadde hjemmesykepleien vært innom og gitt bistand kun i personlig hygiene på morgenen. Disse dagene snudde seg litt, tilværelsen for både pleier og det syke mennesket forandret seg. Om det ikke hadde vært tilstrekkelig kompetanse, om ikke pleieren hadde fra før opparbeidet seg litt kjennskap til den syke mannen så hadde hun ikke hatt de samme forutsetningene til å kunne ta signalene og tolke dem dit hun gjorde. De tiltakene som ble iverksatt på bakgrunn av pleierens tolkning av signaler hadde heller ikke funnet sted. Det ville i hvertfall ha tatt lengre tid. Så med bakgrunn i sin kompetanse og personlige erfaringer kunne sykepleieren ta signalene de syke menneskene sendte ut, og det ble foretatt handlinger basert på disse observasjonene.

4.3 Sykepleieren vurderer sin egen mulighet til å møte pasientens behov

Sykepleieren alene kan ikke utgjøre det palliative teamet. Menneskene vi møter er unike, med hvert sitt unike og sammensatte behov. Ved å tolke de signalene mannen, både alene og i samspill med sin kone uttrykte, og å ved å innhente kompetanse fra andre instanser som legen så kunne de sammen utarbeide en plan videre for å møte mannens behov for lindring og

omsorg. I følge Travelbee er *grunnlaget for å bevare og utvikle håp knyttet til den trygge forvisningen om at en vil motta hjelp fra andre når en trenger det*. Gjennom sin kompetanse, både teoretisk og erfaringskompetanse kan sykepleieren ut ifra de signalene det syke mennesket gir, være i stand til å kalle sammen de aktuelle samarbeids parter og sammen med de utarbeide en individuell plan. Gjennom erfaring og teoretisk kunnskap er det lagt et godt grunnlag og visse føringer på hvordan pleie og omsorg ved livets slutt skal gjennomføres. Det er definert i retningslinjer og lovverk. Men uten den særskilte erfaringen sykepleieren har opparbeidet seg ved å skape en relasjon og en kjennskap til det syke mennesket, kan ikke de lover og retningslinjene fungere alene. Pårørende har muligheten til å ta en stor del av oppgaven og ansvaret, men heller ikke de alene klarer det i lengden. Når pleieren spurte fruene om alt var som det skulle tok hun hul på verkbyllen. Det kreves både erfaring og ikke minst mot til å stille slike spørsmål, tørre å gå inn i situasjonen. Studien til Mette A. Neergaard med flere, viser til at de pårørende anså tre viktige faktorer i profesjonell palliativ hjemmesykepleie som viktig. Pleiernes kunnskap, oppførsel og kommunikasjon, og deres kontakt med pasienten og familien. Fra intervjuene fremkommer det at de følte seg trygge på situasjonen når de hadde pleiere der til å svare på spørsmål. Spørsmål som den syke selv hadde og samtidig den støtten de pårørende ønsket.

4.4 Sykepleieren evaluerer om pasientens behov er blitt ivaretatt.

Når det ble tilrettelagt i hjemmet så var det helt klart at mannen slappet av mer og var i stand til å ha en fin tid sammen med sine nære og kjære. Jeg er kjent med at det er flere mennesker med andre former for lidelser som kan ha like mye fysiske plager som mennesker med kreft, og at de kan ha like behov for bistand til å møte eksistensielle, åndelige, sosiale og psykologiske behov. Det kan være mennesker med kroniske sykdommer i hjerte/kar, nevrologiske sykdommer, reumatiske sykdommer, og lungesykdommer.

5.0 Oppsummering og konklusjon.

Etter å ha jobbet meg gjennom dette litterære studiet har jeg fått en forståelse av hvor stort et område dette er. Ikke bare som kompetanseområde, de fleste flere det at de kommer til kort, men også omsorgsområdet. Rent idealistisk og en ønsketenkning fra meg hadde det vært en selvfølge at de som har en uhelbredelig sykdom, og som vet at livet snart tar slutt skal få være hjemme med sine i rundt seg. Jeg vet det er en enkel tankegang, men gjennom denne studien har jeg sett komponenter som har vært gjennomgående for hva som skal til. Det er ikke sett noe på økonomi, praktiske gjøremål, bemanning, og andre ressurser, men det jeg har ønsket å få frem har vært at det ikke trenger å være så komplisert. Ferdighetene en sykepleier må inneha for å kunne være med å bistå i en livsavslutning i hjemmet ligger i den grunn kompetansen hun har tilegnet seg gjennom bachelorstudiet. Videre har jeg påpekt at gjennom erfaring har man større grunnlag for å arbeide i slike situasjoner.

Grunntankene til Joyce Travelbee har truffet meg rett i hjertet. Hun har lagt standard for sin teori midt på 60-tallet, men jeg føler den har vært like treffende for min praksis i dag. Å studere et tema så intenst som man gjør ved denne måten å arbeide på gjør at man ser alle undertemaene. Det er et stort emne, det er veldig aktuelt og i tiden. I Sykepleien 12. februar 2009 står det en reportasje om en liten kommune i distriktet som har gjennomført et prosjekt på det å få dø hjemme. Der peker de på hvor viktig det er med bemanning. Det må være nok folk, de må være kompetente, og de må mestre utfordringene, Samtidig peker de på og litteraturen for øvrig at det er viktig å danne små grupper, bestående av en fast besetning slik at det syke mennesket har færrest mulig av helsepersonell å forholde seg til.

Jeg fant ut at området var stort, det var enorme kilder, og det var en utfordring å velge ut den riktige. Jeg er nå fornøyd med at jeg har valgt få forskningsartikler. Jeg ser at jeg hadde fått en større bredde på oppgaven, men samtidig er det ryddig og forholde seg til tre kilder. Jeg ser helt klart at det er en snever tanke jeg har belyst i min oppgave, og at det er et område innenfor pleie og omsorgsektoren som kunne vært utdypet mye mer.

Det jeg undret på når jeg begynte var hvordan sykepleieren i hjemmesykepleien bistå et menneske med uhelbredelig sykdom som ønsker sin livsavslutning i hjemmet. Jeg føler jeg har fått belyst og fått svar på den problemstillingen. Oppsummert viser både retningslinjer, litteratur og forskning at det er basis omsorg, å bli sett og hørt som er det grunnleggende i

palliativ omsorg. Jeg kunne ønsket å utdype alle aspekter, for jeg synes det er et interessant emne, men det får bli i en annen studie. Det jeg kunne tenkt meg og sett videre på hvis jeg skulle studert videre så ville jeg undersøkt hvordan organiseringen av hjemmetjenesten skulle ha vært for å fått til et optimalt tilbud.

Jeg går med respekt og verdighet i møte med mennesker i slike livssituasjoner. De erfaringene jeg har gjort meg har hjulpet meg til å reflektere og ta stilling til at alle en gang skal dø, vi vet bare ikke hvordan. Jeg har fått styrket mitt syn på hva som skal til for å få en verdig avslutning på livet, og samtidig styrket min tro på hvilket fundament som er viktig i møtet med de utfordringer som møter en sykepleier i hjemmesykepleien. Jeg føler jeg er kompetent til slike utfordringer, samtidig til at jeg er ydmyk med hensyn til at jeg ikke bare skal utøve profesjonell sykepleie, men at jeg er et medmenneske også.

Etterord

Alt har sin faste tid,
alt som skjer under himmelen, har sin tid:
en tid til å fødes,
en til å dø,
en tid til å plante,
en til å rykke opp

En tid til å gråte,
en til å le,
en til å sørge,
en til å danse..
(Forkynneren, 3: 1, 2 & 4.)

Litteraturliste

Aadland, Einar (2007). ”og eg ser på deg”. Vitenskapsteori i helse- og sosialfag. Oslo: Universitetsforlaget.

Aadland, Einar (2001). Etikk for helse og sosialarbeidarar. Oslo: Det norske samlaget.
Bibelen(2006)Det gamle og Det nye testamentet. Det norske bibelselskap.

Dalland, Olav (2001). Metode og oppgaveskriving for studenter. Oslo: Gyldendal akademiske AS.

Husebø, Kristina Sandgate og Stein Husebø(2003). De siste dager og timer. Behandling, pleie og omsorg ved livets slutt. Oslo: Medlex .

Jacobsen, Dag mfl(2001). Sykdomslære- Indremedisin, kirurgi, og anestesi. Oslo: Gyldendal norsk forlag AS.

Kirkevold, Marit(1992). Sykepleieteorier- analyse og evaluering. Oslo: Ad Notam Gyldendal AS.

Knutstad, Unni og Birthe Kamp Nielsen (Red) (2006). Sykepleieboken 2. Teoretisk-metodisk grunnlag for klinisk sykepleie. Oslo: Akribe AS

Kristoffersen, Nina Jahren(red)(1998). Generell sykepleie I. Oslo: Universitetsforlaget AS.

Kristoffersen, Nina Jahren(red)(2000). Generell sykepleie II. Oslo: Universitetsforlaget AS.

Kristoffersen, Nina Jahren(red)(2001). Generell sykepleie III. Oslo: Universitetsforlaget AS.

Mekki, Tone Elin og Søren Pedersen (red) (2004). Sykepleieboken 1. Oslo: Akribe AS.

Reitan, Anne Marie og Tore Kr. Scjøberg (red) (2004). Kreftsykepleie. Pasient- utfordring-handling. Oslo: Akribe AS.

Sykepleien 12. februar 2009 – Tidsskrift.

<http://www.sykepleien.no/article.php?articleID=16510&categoryID=18>

http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonale_faglige_retningslinjer/nasjonalt_handlingsprogram_med_retningslinjer_for_palliasjon_i_kreftomsorgen_89344

<http://www.ssb.no/vis/emner/03/01/10/dodsarsak/main.html>

Kreft i Norge 2005. Oslo: Kreftregisteret; 2006 www.kreftregisteret.no
www.ssb.no/dodsarsak

<http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/csgspmanual.pdf>

<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/NOUer/1997/NOU-1997-20/9/2.html?id=346425>

http://www.jaoa.org/cgi/content/full/105/suppl_5/S9