



Bacheloroppgave

VPL05 Vernepleie

Vernepleierens bidrag i palliativ behandling for eldre mennesker

A social educators contribution in palliative care for older people

Baer, Diana

Totalt antall sider inkludert forside: 41

Molde, 25.05.2016



Høgskolen i Molde
Vitenskapelig høgskole i logistikk

Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

Den enkelte student er selv ansvarlig for å sette seg inn i hva som er lovlige hjelpemidler, retningslinjer for bruk av disse og regler om kildebruk. Erklæringen skal bevisstgjøre studentene på deres ansvar og hvilke konsekvenser fusk kan medføre. Manglende erklæring fritar ikke studentene fra sitt ansvar.

Du/dere fyller ut erklæringen ved å klikke i ruten til høyre for den enkelte del 1-6:		
1.	Jeg/vi erklærer herved at min/vår besvarelse er mitt/vårt eget arbeid, og at jeg/vi ikke har brukt andre kilder eller har mottatt annen hjelp enn det som er nevnt i besvarelsen.	<input checked="" type="checkbox"/>
2.	Jeg/vi erklærer videre at denne besvarelsen: <ul style="list-style-type: none">• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.	<input checked="" type="checkbox"/>
3.	Jeg/vi er kjent med at brudd på ovennevnte er å <u>betrakte som fusk</u> og kan medføre annullering av eksamen og utestengelse fra universiteter og høgskoler i Norge, jf. Universitets- og høgskoleloven §§4-7 og 4-8 og Forskrift om eksamen §§14 og 15.	<input checked="" type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert i Ephorus, se Retningslinjer for elektronisk innlevering og publisering av studiepoenggivende studentoppgaver	<input checked="" type="checkbox"/>
5.	Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter høgskolens retningslinjer for behandling av saker om fusk	<input checked="" type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av kilder og referanser på biblioteket sine nettsider	<input checked="" type="checkbox"/>

Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15

Veileder: May-Britt Storjord

Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten (Åndsverkloven, §2).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage HiM med forfatter(ne)s godkjenning.

Oppgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

Jeg/vi gir herved Høgskolen i Molde en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:

ja nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja nei

Er oppgaven unntatt offentlighet?

ja nei

(inneholder taushetsbelagt informasjon. Jfr. Offl. §13/Fvl. §13)

Dato: 25.05.2016

Antall ord: 9515

Forord

Døden

Døden er ikke slik:
En knokkelmann
som kveler ditt siste, ville skrik
med heslig hand.

Døden er ikke angst og ljà
og djevlekrav,
ikke måneskygger
rundt ei ribbet grad.

Nei, døden er fjell
som løfter sin svale snø
over vegen du drar.
Det skal du stå den siste kveld,
og se i skjær av solfalls-eld
hvor vakkert livet var

Hans Børli

Sammendrag

Denne bacheloroppgaven tar for seg vernepleierens rolle i palliativ behandling for eldre mennesker på sykehjem. Sentrale punkt i denne oppgaven er samarbeid mellom ulike profesjoner og hvordan disse kan jobbe sammen mot et felles mål. På bakgrunnen av samfunnets framtidige utfordringer i eldreomsorgen og samhandlingsreformen valgte jeg å skrive om dette temaet. Økningen i antall eldre i Norge og kompetanseoverføringen fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten medfører at flere vil ha behov for palliativ omsorg. Det er derfor viktig å ivareta pasientens autonomi for å kunne opprettholde en god livskvalitet mot livets slutt. Videre anser jeg det som viktig å ha gode etiske og faglige diskusjoner med ulike profesjoner, spesielt i tilfeller hvor pasienten ikke har muligheten til å gjøre rede for egne ønsker og tanker.

Vernepleierens kompetanse i systematisk kartlegging ved hjelp av vernepleierens arbeidsmodell og kommunikasjon er noen av hovedmomentene. I tillegg presenteres det hvordan kartlegging, reminisens og validering kan brukes i arbeidet med eldre mennesker i livet slutfase på sykehjemmet. Oppgaven er en kvalitativ litteraturstudie og kunnskapen jeg tilegner meg med dette arbeidet vil være svært viktig for min framtidige yrkesutøvelse som vernepleier i eldreomsorgen med spesielt interesse i palliativ behandling.

Min hensikt med denne litteraturstudien er å belyse hvordan vernepleierens kompetanse kan benyttes i palliativ behandling og problemstillingen min er derfor følgende; *Hvordan kan vernepleiere bidra i et tverrprofesjonelt samarbeid for å øke livskvaliteten for eldre mennesker i palliativ behandling på sykehjem?*

Konklusjonen er at livskvalitet er forskjellig for hvert menneske og at det finnes ulike vernepleiefaglige tiltak som kan anvendes for å forbedre denne. Samhandling med både pasienter, pårørende og andre profesjoner er derfor viktig for å kunne komme fram til riktige avgjørelser, spesielt også for pasienter som ikke kan ytre sine ønsker lenger og de som er for svake til å sifra.

1.0	Innledning	1
2.0	Min for forståelse	1
3.0	Samfunnsdebatt	2
4.0	Spørsmålsstilling & avgrensning	5
5.0	Begrepsavklaring	6
5.1	Vernepleieren	6
5.2	Palliativ behandling	6
5.2.1	Ulike begrep for temaet	7
5.3	Tverrprofesjonelt samarbeid	8
5.4	Livskvalitet	8
5.5	Den eldre pasienten.....	9
6.0	Metode	10
6.1	Kvalitativt litteraturstudie	10
6.2	Kvalitetsbedømming & kildekritikk	11
6.3	For forståelse i et litteraturstudie	12
7.0	Resultat av funn, inkludert drøfting	13
7.1	Palliasjonens historie i Norge – en innledning	13
7.2	Framtidens utfordringer i palliativ behandling for eldre mennesker	14
8.0	Vernepleierens kompetanse	16
8.1	Vernepleierens utfordringer i palliativ behandling	17
9.0	Vernepleiefaglige tiltak	18
9.1	Kartlegging av pasientens behov og ønsker.....	18
9.2	Åndelige og eksistensielle behov	20
10.0	Kommunikasjon	21
10.1	Kommunikasjonsutfordringer for eldre mennesker i en palliativ fase.....	21
10.2	Den vanskelige samtalen.....	23
10.3	Validering & reminisens	24
11.0	Konklusjon	25
11.1	Egen refleksjon	26
12.0	Litteraturliste	28
13.0	Vedlegg	32
13.1	Vedlegg 1 – Vernepleierens kompetanseområder	32
13.2	Vedlegg 2 – Livskvalitetsbegrepet.....	33
13.3	Vedlegg 3 – Vernepleierens arbeidsmodell	34
13.4	Vedlegg 4 – Åndelige og eksistensielle refleksjonsspørsmål	35

1.0 Innledning

I denne oppgaven ønsker jeg å skrive om palliativ omsorg i Norge og hvordan jeg som vernepleier kan bidra for å øke livskvaliteten til eldre pasienter i livets slutfase på sykehjem. Jeg starter med å beskrive forforståelsen min til temaet og deretter belyser jeg ulike samfunnsdebatter. Videre følger en begrepsavklaring og et metodekapittel der jeg blant annet beskriver hvordan jeg systematisk har gått fram for å innhente nødvendig data. Hoveddelen i oppgaven består av en presentasjon av funn inkludert analyse der jeg drøfter problemstillingen jeg har valgt i sammenheng med ulike områder innenfor temaet palliativ omsorg for eldre. Navn som er nevnt i forbindelse med ulike eksempler fra praksiserfaring er anonymisert med utgangspunkt i helsepersonell-lovens kapittel 5 som omhandler opplysningsrett og taushetsplikt. Under dette kapittelet fremgår det at helsepersonell er forpliktet til å sørge for at sensitiv informasjon ikke når offentligheten.

§21. Hovedregel om taushetsplikt. Helsepersonell skal hindre at andre får adgang eller kjennskap til opplysninger om folks legems- eller sykdomsforhold eller andre personlige forhold som de får vite i egenskap av være helsepersonell (Helsepersonellloven, 2001).

2.0 Min forforståelse

Jeg ble først gjort oppmerksom på temaet i en praksis jeg hadde på et sykehjem det andre året av utdanningen min. Mange av sykepleierne jeg jobbet sammen med hadde videreutdanning i omsorg ved alvorlig sykdom og død, og jeg merket raskt at disse også hadde en helt annet tilnærming til pasienter enn andre medarbeidere. Omsorgen og behandlingen som ble gitt var mer helhetlig fordi den rettet seg mot både kropp og sjel. I tillegg var temaet svært spennende fordi jeg ikke hadde kjennskap til det fra før. Etterhvert i praksisen ble jeg bedre kjent med pasientene og jeg opplevde også det første dødsfallet i min yrkeskarriere. Jeg ble kjent med en del av vernepleieryrket som jeg aldri hadde vært i kontakt med før. For meg var dette en givende, varm og svært verdifull tid som har preget meg som snart ferdig utdannet vernepleier. Det har ikke bare preget min faglige, men også min personlige utvikling. Spesielt når det kommer til håndtering av egne personlige følelser i yrkessammenheng, spesielt ved dødsfall. Møtet med alvorlig syke og døende pasienter har også gjort meg mer oppmerksom på hvordan jeg møter andre mennesker som trenger bistand. I tredje studieår valgte jeg derfor en fordypningspraksis-plass med

utgangspunkt i palliativ behandling. Gjennom hele prosessen og samarbeidet i praksisen har jeg møtt tverrprofesjonelle team som består av sykepleiere, hjelpepleiere og leger. Jeg har oppdaget at vernepleiere nærmest ikke er tilstede i palliativ omsorg. Jeg som vernepleierstudent har også møtt utfordringer på min vei mot palliativ omsorg og hvordan jeg som vernepleier får anerkjennelse for mine faglige innspill. Hele min faglige forståelse og tilnærming til temaet befinner seg derfor i en slags hermeneutisk spiral som består av forforståelsen, teori, praksis, tolkning, refleksjon og opplevelser (Aadland, 2013).

I denne oppgaven ønsker jeg derfor å ta utgangspunkt i vernepleierens kompetanse for å finne ut hvordan jeg som framtidig vernepleier kan bidra i palliativ omsorg for eldre mennesker i sykehjem. Spesielle temaer jeg også ønsker å belyse er vernepleiefaglig tiltak, tverrprofesjonelt samarbeid og utfordringer i palliativ behandling. Kan vernepleiere i framtiden være en viktig faggruppe her i Norge? Eller er fagfolkene mer opptatt av profesjonskonkurransen fremfor å yte god omsorg sammen, og benytte seg av hverandres kunnskap?

3.0 Samfunnsdebatt

Bare i begynnelsen av 2016 har temaet palliativ behandling for eldre blitt belyst av medier her i Møre og Romsdal. Det har kommet en rekke artikler i Romsdals Budstikke som belyser ulike sider ved behandlingen. Både det medisinske og selve behandlingen for eldre mennesker i sykehjemmet. Artikkelen "Får takk for omsorgen" fra 23.april 2016 handlet blant annet om hvor takknemlig pårørende er for god omsorg i livets siste fase. Her blir fagfolk beskrevet som *engler i blått skotrekk*. I denne artikkelen her befinner vi oss på et sykehjem med eldre pasienter. Pårørende hadde et sterkt ønske om at pasienten skulle dø hjemme hos sin familie. Men på Aukraheimen hadde pasienten fått en leilighet og på denne måten fikk pårørende være tettere sammen. Personalet får stor anerkjennelse for den gode og helhetlige behandlingen de har gitt til den eldre pasienten. Pårørende beskriver følgende: "*På Aukraheimen, avd. Sørbo gjorde de mer enn den fysiske jobben, de tok virkelig vare på hele deg*". Etterhvert forsvant derfor tanken om å dø hjemme, fordi oppholdet og tilbudet som ble gitt opplevdes som hjemme. Videre beskriver pårørende at dersom man får lov til å være sammen med sine nærmeste, og samtidig er omgitt av gode fagfolk, så føler man seg hjemme (Gjendem, 2016).

Dessverre mottar ikke alle eldre som bor på sykehjem like gode tjenester. Bare de siste årene har jeg flere ganger blitt gjort oppmerksom på hvordan enkelte eldre mennesker i sykehjem egentlig har det. Egne erfaringer og debatter har oppstått både i praksisen min og i samfunnet jeg lever i.

I en artikkel i avisa Nordlys fra februar 2016 kommer det fram at kommunehelsetjenesten trenger mer kompetanse. På grunnen av overføringen av oppgaver fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten, som følger av samhandlingsreformen som kom i 2012, settes kommunale helse- og omsorgstjenester nå på prøve. Pasienter skrives tidligere ut fra sykehusene og det viser seg at det er mangel på samhandlingskompetanse, teamarbeid og tverrfaglighet, spesielt i litt mindre kommuner her i landet hvor kompetansen er mindre tilgjengelig enn andre steder. Artikkelen belyser flere områder i helsetjenesten der kommunen har store utfordringer når det kommer til å gi et helhetlig tilbud til pasienten. Aldring og eldreomsorg er ett av områdene som blir eksemplifisert som et viktig og omfattende område (Moe, 2016).

Den 9. februar 2016 publiserte Aftenposten en avisartikkel i webutgaven som handlet om en undersøkelse som ble gjort for å kartlegge hvor mye ansatte kan om å behandle syke og eldre mennesker. Artikkelen gjengir fakta fra undersøkelsen der det blant annet har kommet fram at ansatte mangler kompetanse, ansatte er ufaglærte og det er mangel på dokumentasjon. Dette omfattet spesielt sykepleiefaglige prosedyrer, observasjon av sykdomsforverring og pasientens tilstand. Artikkelen belyser dermed at eldreomsorgen er en utsatt gruppe som trenger mer kompetanse. I tillegg viser undersøkelsen og artikkelen at det ikke er skille i de ulike faggruppene og deres kompetanse. Det vises til et eksempel der sykepleierne også kan smøre brødkivene på arbeidsdagen og at den faglige kompetansen derfor ikke blir brukt godt nok. Alle arbeidsoppgavene blir utført av alle, uavhengig av kompetanse. Svært syke eller pasienter med utfordrende atferd blir som regel medisinerert med smertestillende istedenfor at årsaken blir kartlagt. Ansatte som ble intervjuet i forbindelse med undersøkelsen sier at pasientene har blitt mye dårligere de siste årene og at de sjelden lider av bare én sykdom. Også i denne artikkelen her blir samhandlingsreformen stilt ansvarlig (Skogstrøm og Jordheim, 2016).

I en artikkel i webutgaven til Romsdals Budstikke fra 26. januar 2016 blir det lagt fram at tilbudene pasienten får er mye dårlige nå enn hva det var før. Sykepleieren som blir intervjuet tar ikke bare utgangspunkt i pasienter i hjemmesykepleien, men også pasienter som står i kø for å komme seg inn på en korttids- eller langtids plass. Selv om samhandlingsreformen også her blir nevnt, er Molde kommunes økonomiske ressurser et

mye større problem for de ansatte. Institusjonene har ikke mulighet til å innhente nødvendig kompetanse. Institusjonene sliter også med å få nok personale i det hele tatt, uavhengig av kompetanse. Dagene er dermed styrt av et hovedmål; få nok personale til å komme gjennom dagen. Videre kommer det også fram at de fleste pasienter er så syke at de ikke har kapasitet til å klage på tilbudene som blir gitt av kommunen. Redusert bemanning er såpass tøft for de ansatte at arbeidsmengden blir for stor for de som er igjen og som gjerne ønsker å yte mer (Meisingset, 2016).

Som snart ferdigutdannet vernepleier stiller jeg derfor flere kritiske spørsmål; hvordan kan eldre mennesker i en palliativ fase få et godt tilbud når hverdagen i sykehjemmet er så hektisk med lav bemanning ut fra de omfattende behovene som pasientene har? Hvordan kan faggruppene og ufaglærte gi gode tilbud til denne pasientgruppen når økonomi, samhandlingsreform og ligge-plasser spiller en langt viktigere rolle enn de ansatte sin allerede eksisterende kompetanse? Og hvordan kan ulike profesjoner jobbe sammen for å øke livskvaliteten til eldre pasienter i en palliativ fase? Disse artiklene og debatten jeg har hatt med andre ansatte på sykehjem har derfor gjort meg oppmerksom på dette temaet. Jeg anser eldre mennesker i sykehjem som en pasientgruppe som jeg vil se nærmere på, spesielt i forhold til palliativ behandling og hva jeg som vernepleier kan bidra med fra min kompetanse og hvordan vi sammen kan bli bedre.

4.0 Spørsmålsstilling & avgrensning

Målgruppen min i denne oppgaven er eldre pasienter som mottar kommunale helse- og omsorgstjenester. Videre ønsker jeg å drøfte hvordan det tverrprofesjonelle samarbeidet i palliativ behandling kunne vært bedre. Jeg ønsker også å belyse hvordan jeg som vernepleier kan bidra med min kompetanse for å øke livskvaliteten til eldre pasienter i livets slutfase. Det har vært mange mulige problemstillinger for denne oppgaven, og min store interesse for temaet har gjort det vanskelig å begrense meg. Men siden jeg har kun jobbet med eldre pasienter i palliativ omsorg, ønsker jeg å benytte meg av de erfaringene jeg har samlet og tar derfor utgangspunkt i den eldste delen av befolkningen. Igjen ønsker jeg derfor å synliggjøre valgt problemstilling; *Hvordan kan vernepleiere bidra i et tverrprofesjonelt samarbeid for å øke livskvaliteten for eldre mennesker i palliativ behandling på sykehjem?*

5.0 Begrepsavklaring

5.1 Vernepleieren

Vernepleiefaget er et svært ungt fag og kompetansen beskrives ofte som tredelt; helsefaglig, pedagogisk og sosialfaglig. Vernepleierens fag består i all hovedsak av miljøarbeid, habiliterings- og rehabiliteringsarbeid, og i tillegg samfunnsvitenskapelige og juridiske emner. På grunnen av den tredelte kompetansen og det unge faget som fortsatt vokser, jobber vernepleiere på mange ulike områder. Arbeid med psykisk utviklingshemming, rusomsorg, barnevern og barnehager, sykehjem og psykisk helsearbeid er noen av de store områdene (Owren og Linde, 2011).

Når det sies at vernepleiere har spesiell kompetanse på miljøarbeid så betyr det å finne tiltak til hjelp for pasienten, som ikke er medisinsk betinget. Dermed kan en vernepleier ta utgangspunkt i pasientens ressurser og benytte seg av disse sammen med pasienten for å skape bedre livskvalitet (Linde og Nordlund, 2010). ”Hovedmålsettingen for miljøarbeid er å bedre livskvaliteten for det enkelte individ...” (Solheim, 2009, 57). I analysen i denne oppgaven kommer jeg til å gå dypere inn i vernepleierens kompetanse spesielt knyttet mot palliativ behandling.

5.2 Palliativ behandling

Palliative care/palliativ behandling brukes i det faglige feltet om helheten av omsorg som gis ved behandling. Palliativ medisin derimot er betegnelsen på det medisinske spesialområdet. På norsk finner vi ingen ren og god oversetting av ordet ”care”, men begrepet omfatter i all hovedsak omsorg, pleie og behandling. I det daglige vil de to betegnelsene palliasjon og palliativ medisin bli brukt om hverandre (Kaasa, 2013). I denne oppgaven velger jeg å bruke begrepet palliativ omsorg/behandling fordi jeg selv oppfatter at det tilhører min profesjon som er vernepleiefaglig og fordi det er det vi bruker mest her i Norge.

Videre finnes det flere ulike definisjoner av selve begrepet palliasjon og palliativ behandling som har blitt publisert siden midten av 1980-årene. Verdens helseorganisasjon (WHO) har blant annet kommet med to begrepsforklaringer de siste årene, én fra 1990 og én fra 2002 (Kaasa, 2013). Jeg har først og fremst valgt å ta utgangspunkt i den engelske definisjonen fra Verdens helseorganisasjon fra 2002, som lyder som følgende: palliativ

behandling er en tilnærming som forbedrer livskvaliteten til pasienter og dens pårørende som møter utfordringer i forbindelse med livstruende sykdommer, gjennom forebygging og lindring av lidelsen ved hjelp av tidlig identifisering og upåklagelig vurdering og behandling av smerter, fysiske-, psykososiale-, og spirituelle problemer. Palliativ behandling gir lindring av smerter og andre plagsomme sykdommer, bekrefter livet og aksepterer døden som en normal prosess, og skal verken framskyve eller utsette døden og integrerer psykologiske og åndelige aspekter ved pasientbehandlingen ((min oversettelse til norsk) WHO 2002 i Kaasa 2013).

Kaasa (2013) henviser også blant annet til en annen begrepsforklaring om palliasjon som ble utarbeidet allerede i 1987. Denne definisjonen er fortsatt gyldig og gjengis også i siste utgaven av Oxford Textbook of Palliative Medicine. Palliativ medisin er studiet og håndteringen av pasientens aktive, progressive, langt fremskredne sykdom, der prognosen er begrenset og hovedfokuset ved omsorgen er livskvalitet ((min oversettelse til norsk) Kaasa, 2013).

5.2.1 Ulike begrep for temaet

Lindrende behandling, palliasjon, palliative care eller omsorg ved livets slutt? Dette er bare noen av de begrep vi finner i dagens litteratur og samfunn, når vi ser på temaet. Vi trenger ord, begrep og språk for å forstå verden og for å vite hva andre snakker om når vi kommuniserer. Innenfor *palliative care* er dette en utfordring spesielt når det kommer til oversettelsen til norsk, fordi det er mange veletablerte begrep på engelsk som blant annet; *hospice care*, *hospice-philosophy*, *care for the dying* og *hospice-movement*. Det fleste vet ikke hva *palliative* eller *hospice* står for, og noen har også problemer med å forstå ordet *care*. Men de mest brukte begrep på norsk er hospice, lindrende behandling eller omsorg ved livets slutt (Husebø, 2015). Strømskag (2012) derimot sier at hvordan begrepene brukes ikke er tilfeldig, da det er avhengig av profesjonen. Den medisinske profesjonen (for eksempel leger) bruker begrepet palliativ medisin, mens sykepleiere bruker begrepene palliativ omsorg eller palliativ behandling. For at mennesker uten profesjonell tilhørighet i helseområdet skal forstå faget, brukes begrepet lindrende behandling og omsorg. Forfatteren påpeker også at tenkemåten og forståelsen av begrepene varierer med de ulike begrepene og at alle har både fordeler og ulemper (Strømskag, 2012).

5.3 Tverrprofesjonelt samarbeid

Tverrprofesjonell samarbeid preges av at flere profesjoner jobber sammen mot et felles mål, en felles oppgave eller et felles prosjekt. Det innebærer også at de ulike profesjonene blir integrert og at deres ferdigheter og kunnskap blir anerkjent og delt. Dermed utvikler denne ”gruppen” en ny og tverrfaglig kompetanse som de ellers ikke ville hatt hver for seg. Tverrfaglig samarbeid kan derfor på en måte sammenlignes med et symfoniorkester for å synliggjøre hvor viktig samarbeid er. Hvert eneste medlem har sin egen klang, tone og kvalitet som tilsammen skaper en symfoni (Willumsen, 2009). Videre innebærer samarbeidet også en annen måte å arbeide på, fordi hver enkel profesjon utfyller hverandre på en unik måte som de alene ikke ville ha gjort (Lingås, 2005).

Speck (2009) derimot synliggjør tverrprofesjonelt samarbeid spesielt rettet mot i palliativ behandling. Det klassiske anerkjente tverrfaglige team omfatter spesialiserte fagfolk som arbeider sammen for å oppnå samme målet: best mulig livskvalitet i tiden som gjenstår for pasient, med nærmeste familie og venner. På grunn av kompleksiteten i dette målet skal temaet omfatte følgende; pasientens behandlende lege eller spesialiserte leger for palliativ medisin, spesialiserte sykepleiere, vernepleiere opplært i å jobbe med syke og døende pasienter og deres familier, åndelige rådgivere (prest), frivillige, hospice-hjelpere med palliativ utdanning og klinisk erfaring og andre fagfolk som for eksempel psykiatere eller ortopeder osv.. Det nevnes blant annet social workers og social educators som på norsk er vernepleiere. Vernepleieryrket er derfor en allerede godt etablert og anerkjent faggruppe i palliativ behandling i England ((min oversettelse til norsk) Speck, 2009).

5.4 Livskvalitet

I følge Askheim (2012) har begrepet livskvalitet alltid vært vanskelig å definere, spesielt fordi alle har sin egen forståelse av hva god livskvalitet er, og hva det gode liv innebærer. Den enkeltes subjektive opplevelse av hva som er godt spiller en viktig rolle i forhold til å definere begrepet i seg selv i tillegg til at begrepet gir ulikt innhold med ulike tilnærminger. Derfor blir det vanskelig å legge fram generelle kriterier for hva begrepet innebærer. Videre påpekes det at enkelte stiller seg kritisk og mener at det ikke lar seg gjøre å måle livskvalitet på en meningsfull måte. Fenomener som lykke, kjærlighet og glede kan ikke måles. I stedet knytter man livskvalitet opp imot objektive indikatorer (se vedlegg 2). Der finner vi grunnleggende faktorer som blant annet ytre levekår som består av bolig, arbeid og økonomi. Mellommenneskelige relasjoner som består av venner,

partner osv., og indre psykologisk tilstand som energi og selvtillit (Holm 1999 i Askheim 2012). Solum (1993) derimot, forklarer at livskvalitet kan beskrive hvordan den enkelte personen har det og hvordan han/hun opplever sitt eget liv i forhold til seg selv og omgivelsene. Hun kommer opp med fire livskvalitetsdimensjoner som innebærer følgende; 1 - sosial deltakelse, 2 - verdsetting og anerkjennelse, 3 - mestring og utvikling av relevante kunnskaper og ferdigheter og 4 - frigjøring hvor muligheten til å leve et selvstendig liv står sentralt (Solum 1993 i Askheim, 2012).

5.5 Den eldre pasienten

Hvem er egentlig den eldre? Jeg tar utgangspunkt i Erikson sin teori om psykososiale stadier i menneskets utvikling. Erikson sin 8. og siste fase handler om alderdom og tidfester seg til omkring 65 år. Det er i disse årene de fleste mennesker pensjonerer seg og denne begivenheten bør betraktes som en viktig hendelse i livets løp da alderdommen preges både av mentalt og fysisk forfall (Helgesen, 2011). Jeg ønsker derfor å belyse biologiske, mentale og psykologiske forandringer i alderdommen kort for å beskrive *den eldre*. Biologiske forandringer i alderdommen merkes på ulike måter. Motorikken blir svekket, muskulaturen er stivere og kroppen er ikke like rask som den en gang var. Sensitiviteten for støy og forstyrrende lyder øker mens smaksopplevelser minsker. Det blir vanskeligere å huske både navn og tidligere hendelser og det krever derfor mer arbeid å gjenskape minner. Allikevel er det viktig å ta hensyn til at det finnes store individuelle variasjoner i denne utviklingen. Den siste fasen i livet omfatter også sentrale psykologiske spørsmål. Har vi funnet meningen med livet og oppnådd alt vi ønsker, eller lever vi med en følelse av at livet nærmer seg slutten uten at vi har klart å finne meningen med det? Ego-integritet og forsoning med livet står derfor sentralt i denne fasen (Helgesen, 2011).

6.0 Metode

Ved bruk av riktig metode klarer vi å innhente data som gjør at vi kan tilegne oss nødvendig kunnskap om det vi skal undersøke nærmere (Dalland, 2013). Min metode i arbeidet med oppgaven består av en kvalitativ litteraturstudie, med bruk av tabeller for å synliggjøre enkelte undersøkelser som har blitt gjort. Fordelene med den kvalitative litteraturstudien er at den er preget av meninger og opplevelser som ikke er målbare (Dalland, 2013). Bakgrunnen for valg en kvalitativ litteraturstudie er fordi den gir oppgaven en større bredde bestående av observasjoner, samtaler og andre tekster. Aadland (2013) beskriver en kvalitativ litteraturstudie som subjektiv, myk, hermeneutisk/fenomenologisk, forstående, følsom og preget av en ”tykk beskrivelse” (Aadland, 2013). Dermed hjelper den kvalitative litteraturstudien til med å finne en bred forståelse av temaet jeg har valgt, og gir muligheten til å se dette i sammenheng med samfunnet vi lever i (Dalland, 2013).

6.1 Kvalitativt litteraturstudie

Siden temaet mitt ikke er en tydelig del av vernepleiefaglig litteratur på lik linje med mange andre områder, var jeg nødt til å lete etter relevant litteratur utenfor pensumet mitt. Min forforståelse til temaet har preget meg i måten jeg har gått fram på for å finne relevant litteratur. Jeg har derfor sett på videreutdanningen *Omsorg ved alvorlig sykdom og død*¹ ved Høgskolen i Molde sitt forslag til pensumlitteratur. I tillegg har jeg sett etter anerkjente fagpersoner og satt meg inn i deres kompetanse og tilknytning til fagområdet. Etter at jeg fant to anerkjente norske fagpersoner, Kjell Erik Strømskag og Stein Kaasa, bestilte jeg flere bøker fra disse i en tidlig skrivefase høsten 2015. Tidlig i prosessen lånte jeg svært mange andre bøker fra biblioteket, for å kartlegge hvilken litteratur høgskolen har å tilby. Der har jeg igjen funnet en fagperson som er svært relevant for oppgaven min, Stein Husebø, som retter seg spesielt mot eldre pasienter.

Jeg har også valgt sette meg inn i bibliotekets databaser for å se hvordan jeg kunne finne fram til ulike tekster. Der har jeg blant annet hentet data fra Atekst, Brage HiMolde, BIBSYS, Norart, Oria og Medline. Disse databasene har gjort at jeg har funnet mye tilleggslitteratur, spesielt bestående av fagartikler og avisartikler. Noen av søkeordene jeg

¹ Videreutdanningen hadde dette navnet ved Høgskolen i Molde fram til 2016. Nytt navn per mai 2016 er Avansert klinisk sykepleie og jeg tar forbehold om at pensumlista deretter har blitt endret.

har brukt er gjengitt i PICO-skjemaet nedenfor. For å få ulike varianter av begrepene har jeg brukt en trunkering (*) slik at jeg får opp alle varianter av ordet, for eksempel pallia*. Jeg har også valgt OG/AND og OR/ELLER. OR/ELLER bidrar til at jeg finner fram til enten det ene eller andre begrepet, mens AND/OG avgrensner søket mitt og gir treff på artikler hvor begge begrep er tilgjengelig. For å begrense søket mitt har jeg valgt språkene engelsk, norsk, tysk, svensk og dansk. Artikler som viste seg å ikke være tilgjengelig i bibliotekets databaser ble bestilt via Høgskolen i Molde.

PICO-skjema:

(P) Pasient/problem (Hvem?)	(I) Intervention (Hva?)	(C) Comparison (Hvor/Når?)	(O) Outcome (Ønsket resultat)
Eldre* Dø* Verneplei*	Pallia* Termina? Slutt? Livskvalitet* Tverrprof*	Sykehjem* Syke* Sjuke* Instit*	Livskvalitet ved livets slutt Vernepleiere i palliativ omsorg Vernepleiere og tverrprofesjonelt samarbeid
Elder* Old* Patient* Dying* Social work* Social-work*	Pallia* Terminal* End of li* End-of-li* Quality of life Teamwork*	Nursing-home* nurs* Nursing-fac* Care-home*	Quality of life Social workers in palliative care Teamwork and social workers Teamwork in palliative care

6.2 Kvalitetsbedømming & kildekritikk

Etter å ha søkt etter artikler og annen litteratur satt jeg igjen med over 15 artikler og 6 lærebøker om palliativ behandling. Jeg så på alle artiklene jeg fant om hvorvidt de var fagfelleurdert, når artikkelen ble publisert og ikke minst i hvilken tidsskrift eller sammenheng artikkelen ble publisert. Siden det har vært vanskelig å finne noe spesifikt om vernepleiere i palliativ omsorg har jeg sett mye på sykepleiefaglig teori og ikke minst også utenlandsk teori. Spesielt fra England og Danmark siden det er to land som får stor internasjonal anerkjennelse i media for sin palliative omsorg. I tillegg er dette også to land

der det finnes vernepleieryrket på nesten lik linje som i Norge. Ettersom jeg satt igjen med svært mye data var jeg nødt til å plukke ut stoff etter kriteriene holdbarhet, relevans og gyldighet.

Å være kildekritisk må hele tiden ses i sammenheng med hva kilden belyser og hva vi skal benytte oss av fra denne kilden. Derfor skal vi vurdere i hvilken grad teoriene og resultatene av søket er relevant for problemstillingen (Dalland, 2013).

6.3 Forforståelse i et litteraturstudie

For en studentskribent er det viktig å være oppmerksom på hvilken rolle forforståelsen spiller i jakten etter relevant litteratur. Egne premisser og tanker vil alltid prege valgene vi tar deretter, og egenrefleksjonen rundt dette er svært relevant i tolkingen av datamaterialet. En hermeneutisk tilnærming til teksten gjør det mulig å fortolke og forstå den i en kvalitativ litteraturstudie (Aadland, 2013). Da jeg har en tanke om at vernepleierens rolle i palliativ omsorg ikke er like tilgjengelig som sykepleieren sin rolle, har det derfor også påvirket søket mitt og hvordan jeg har tolket funnene. Som nevnt tidligere har sykepleiefaglig litteratur vært teori som jeg har bevisst sett etter. Det handler ikke bare om å kopiere andre sitt arbeid, men også om å utvikle sitt eget blikk gjennom å se mulighetene ved å gi sin egen faglige oppmerksomhet til temaet og det er der utfordringen ligger. Deretter er det to punkt som jeg står ovenfor; et empirisk faktum og en følgende fortolkning ut fra fagteorier og min egen forforståelse (Aadland, 2013).

7.0 Resultat av funn, inkludert drøfting

7.1 Palliasjonens historie i Norge – en innledning

De første årene var hospicebevegelsen og omsorgen for alvorlig syke og døende en slags sosial bevegelse som bygget på frivillighet og idealisme. Det startet med at enkelte mennesker oppdaget at pasienter som var alvorlig syke og døende ikke fikk omsorgen de trengte. Enkelte ønsket å gjøre noe med det, og frivilligheten som baserte seg på å gi bedre omsorg og bedre tjenester, utviklet seg etterhvert til et akademisk fag. Palliasjon som behandling og fag fikk mot slutten av 1990 også plass i det offentlige helsevesenet og var nå ikke lenger bare privatisert eller drevet av frivillighet. Stortinget ba etterhvert Regjeringen om å utarbeide en nasjonal kreftplan som skulle sikre at pasienter med uhelbredelig kreft fikk palliative tiltak og omsorg mot livets slutt. Per i dag er palliasjon en del av både spesialist- og kommunehelsetjenesten. Utviklingen har også krevd mye av pionerne fordi behandlingen krever mye både faglig og personlig. Men også fordi flere profesjoner er preget av sine egne verdier, eget vitenskapssyn og egne ambisjoner. I senere tid ble det derfor også mer riktig å bruke begrepet fag om palliativ omsorg. Norske forskningsbidrag på dette området fikk etterhvert også stor internasjonal anerkjennelse og faget er fortsatt stadig i utvikling. I tillegg er palliasjon blitt et fagområde i helsevesenet som preges av stor tverrfaglighet. Mange forskjellige profesjoner har derfor et forhold til faget palliasjon (Strømskag, 2012).

For å gi god lindrende behandling og omsorg kreves det god kompetanse. Siden palliasjon har vært nedprioritert over lang tid er kompetansen mangelfull og det gir utslag i tilbudet som gis. Palliasjon/lindrende behandling bør bygges opp og integreres som en del av helsetilbudet og man bør derfor også bygge opp sammenhengende kompetanse for å ivareta behandlingen gjennom hele tiltakskjeden. Forholdene bør særlig tilrettelegges i kommunehelsetjenesten og et helhetlig tilbud bør bygge på tverrfaglig samarbeid bestående av leger, sykepleiere, hjelpepleiere, sosionomer, ernæringsfysiologer, psykologer og prester (ibid).

Jeg vil si det så sterkt som at ikke noe annet område av helsevesenet er så sammensatt og mangefasettert som omsorgen for de alvorlig syke og døende. (...) Behandling og pleie av disse krever noe spesielt og gjør noe med dem som har valgt dette som sin

livsoppgave. Et brennende engasjement og dyp medfølelse med pasienten og pårørende har for mange vært både inspirasjon og belastning (Strømskag, 2011, 14).

Dagens helsetjenester er konstruert etter en annen logikk enn hospicefilosofiens tanker. Tilbudet som skal gis til pasienter i en palliativ fase er så komplekst at det er utfordrende å ivareta de mange og motstridende behov som eksisterer i helsevesenet. Forfatteren mener derfor også at Norge i likhet med resten av Europa bør få egne institusjoner og egne fagmiljøer som er spesielt utviklet deretter og sterkt påvirket av hospiceverdiene (Strømskag, 2012).

7.2 Framtidens utfordringer i palliativ behandling for eldre mennesker

Pleie, behandling og omsorg for pasienter med uhelbredelig sykdom og kort forventet gjenværende levetid er tjenester som omfatter lindrende behandling. Det palliative tilbudet finner vi både i spesialisthelsetjenesten og i kommunehelsetjenesten. Den organisatoriske forankringen derimot finner vi hovedsakelig i samsvar med spesialiseringsgraden. Denne formen for behandling krever en bred tilnærming, noe som igjen blir gitt av mange ulike profesjoner. Lindrende behandling er diagnoseavhengig, men omfatter eldre mennesker i like stor grad som kreftpasienter, selv om de utgjør en større gruppe. Når vi snakker om palliative enheter mener vi at de er organisatorisk tilrettelagt og inkluderer faglig kompetent personale. Størrelsene på de palliative avdelingene, eller antall sengeplasser (som blant annet også finnes i sykehjem) må tilpasses lokale behov og forhold. Det forutsettes også tett samarbeid mellom kommunehelsetjenesten og sykehusene, blant annet fordi palliative enheter kan bidra med å øke kvaliteten i behandlingen i kommunen ved å dele av sin kompetanse. Fra og med november 2008 var det 27 palliative enheter på sykehjem i Norge, som tilsammen utgjorde 164 sengeplasser og i tillegg var det 35 sykehjem som hadde 62 palliative enkeltsengeplasser. Tilsammen utgjorde det 226 palliative sengeplasser, som er en økning på 57 senger fra 2006. Hvis vi ser fram til 2050 vil Norge få en betydelig økning i antall eldre (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). Dette viser også Statistisk Sentralbyrå sine beregninger på antall 67-79 åringer. Som vi ser av grafen vil antall eldre i Møre og Romsdal øke omtrent like mye som

landsgjennomsnittet uten Oslo (se nedfor). Med utgangspunkt i den forventete økningen i antall eldre, mener jeg at tilbudet om palliativ behandling kan forsterkes ved å knytte sammen flere profesjoner. Her tror jeg vernepleiere kan spille en stor og viktig rolle, som jeg ønsker å belyse i mitt arbeid.

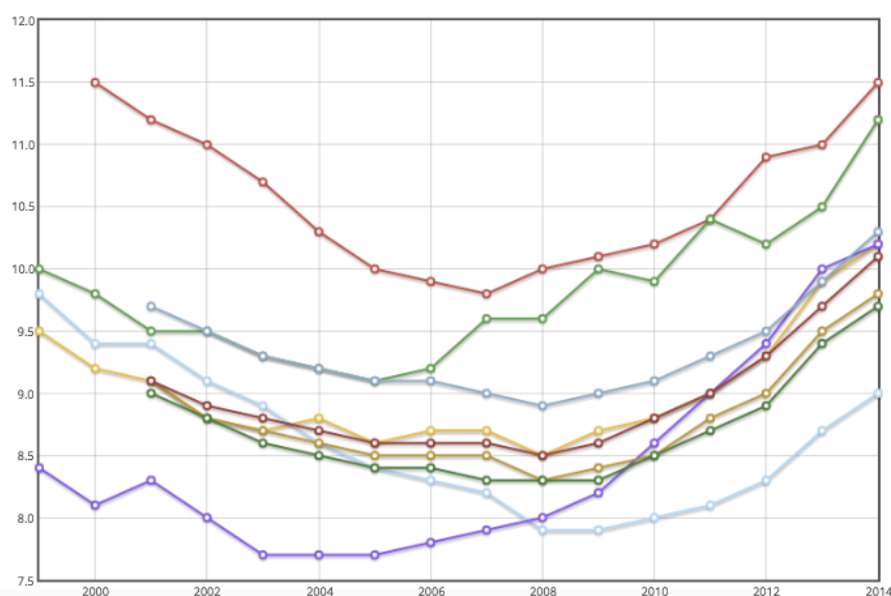
Teller = Antall 67-79-åringer pr. 31.12.

Nevner = Folkemengde i alt pr. 31.12.

Data er hentet fra SSBs befolkningsstatistikk

Tidsserie

- 1502 Molde
- 1504 Ålesund
- 1539 Rauma
- 1547 Aukra
- 1548 Fræna
- EKG13
Kostragruppe 13
- EKA15 Møre og
Romsdal
- EAKUO Landet uten
Oslo
- EAK Landet



(Statistisk sentralbyrå, 2015)

Framtidig lindrende behandling kan derfor bli overført mer og mer til kommunehelsetjenesten og dette er også samhandlingsreformens formål. Bakgrunnen for det er blant annet at spesialisthelsetjenesten skal unne utføre spesialiserte tjenester av høy internasjonal standard. Tverrfaglige team som jobber kommunalt vil kunne danne et samlet mottakspunkt og motta veiledning og faglig bistand fra spesialisthelsetjenesten. Blir kompetanse overført til de kommunalt ansatte som yter tjenestene, kan man få mer helhetlig behandling for brukerne/pasientene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009).

48,5 % av alle dødsfall i Norge i 2012 skjedde i sykehjem og andre institusjoner (SSB Statistikkbanken i Helse- og omsorgsdepartementet, 2015). Regjeringen er derfor opptatt av at døende og syke pasienter skal oppleve den siste fasen i livet som trygg og meningsfull. Regjeringen vil også styrke kompetansen og det allerede eksisterende tilbudet innenfor palliasjon. Mer integrerte tjenester i kommunen vil preges av en tverrfaglig

tilnærming som utnytter kompetansen og personellet på bedre og nye måter, for å kunne ivareta pårørendes og pasientens behov (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015).

8.0 Vernepleierens kompetanse

Som nevnt innledningsvis i oppgaven er miljøbehandling en del av vernepleierens spisskompetanse. Ved hjelp av denne kompetansen kan vernepleieren tilnærme seg pasienten ved å finne ressurser som vi kan bygge videre på. ”Profesjonelt miljøarbeid utøves i samhandling, og miljøarbeideren har derfor en særlig forpliktelse til å ”... finne ham der, hvor Han er, og begynne der”” (Søren Kierregaard i Linde og Nordlund, 2010, 18). Hvis vernepleieren skal ta brukeren/pasienten og deres utfordringer på alvor, er man nødt til å skape en meningsfull kommunikasjon med den det gjelder (Linde og Nordlund, 2010). Det kan derfor tenkes at hvis man skulle anvende miljøarbeid i palliativ omsorg så må man som vernepleiere først og fremst finne ut hvor pasienten befinner seg akkurat nå. Har pasienten god livskvalitet? Opplever pasienten trygghet, livskvalitet og god omsorg? Og hva kan i så fall gjøres for å skape trygghet, livskvalitet og god omsorg ved hjelp av enkle tiltak? Jeg tenker at det er svært viktig å ha en god relasjon til pasienten for å finne ut hva som mangler, kan forbedres eller hvordan et godt tilbud kan opprettholdes. Videre tenker jeg at det som er bra for oss som vernepleiere eller sykepleiere nødvendigvis ikke er det beste for pasienten. Hovedmålet er derfor også å respektere pasientens ønsker, ta hensyn til det og tilrettelegge for det i så stor grad som mulig. Sjørengen (2010) nevner blant annet ulike områder som vernepleiere jobber med i eldreomsorgen (se vedlegg). Her finner vi områder som kommunikasjon, gerontologi/geriatri, medikament bivirkninger, relevant kartleggingsverktøy, demens og alderspsykiatri, etikk og relevant lovverk og pasientens bakgrunnsopplysninger/biografi. Videre er det visse ferdigheter, kunnskaper og holdninger som en vernepleier bør kunne beherske etter endt utdanning. Det er ferdigheter som gjør oss lydhør og sensitive overfor pasientens eller brukerens signaler. En vernepleier skal kunne fange opp pasientens behov og ønsker og yte praktisk bistand deretter. Selvbestemmelse er derfor et viktig begrep i den vernepleiefaglige verden. Men selvbestemmelse er ikke alltid lett å ivareta når pasienten kommer i et sykdomsforløp som gjør at det er vanskelig å bestemme over eget liv (Sjørengen, 2010). Dette kommer jeg tilbake til litt senere i oppgaven.

8.1 Vernepleierens utfordringer i palliativ behandling

Jeg har ved flere anledninger erfart at det har vært vanskelig for meg som vernepleier å jobbe med palliativ behandling. Problemer oppsto blant annet da jeg skulle velge ønsket praksisplass. Jeg ønsket meg en plass på sykehuset, men fikk det dessverre ikke fordi sykepleierstudenter var mer etterspurt. Jeg prøvde også å søke på en videreutdanning i omsorg for alvorlig syke og døende pasienter, men også her fikk jeg ikke muligheten da jeg ikke er sykepleier. Jeg anser palliativ behandling som et omfattende og spennende fagfelt og jeg synes det er synd at det ikke er rom for flere profesjoner per i dag. Nettopp fordi palliativ behandling er så omfattende, bør tverrfaglighet få mer fokus. Jeg tenker at det er viktig å benytte seg av hverandres kompetanse for å løfte dagens tilbud enda mer, spesielt i sykehjem.

I min siste praksis i vernepleierutdanningen min har jeg jobbet på et sykehjem og blitt kjent med flere pasienter som har vært i livets siste fase. Jeg har flere ganger sett at enkelte er urolig og blant annet vifter med armene. Deretter har det ved flere anledninger blitt gitt beroligende og hallusinasjonsdempende legemidler. Det igjen førte til at pasienten holdt seg rolig og nærmere sovnet. Enkelte pasienter har på natt også blitt plassert i gangene eller fellesstuen mens de har vært urolige. Jeg tenker ofte over disse situasjonene i etterkant. Kunne atferden ha blitt kartlagt istedenfor at det ble medisinerings med en gang? Hva hvis jeg hadde satt meg ned og pratet med pasienten fordi hun er engstelig og kanskje bare ville ha ei hånd å holde i? Hvis jeg hadde kartlagt pasientens interesser og funnet ut at hun for eksempel liker en spesiell bok, så kunne jeg ha lest til henne. Jeg kunne ha vist at jeg er tilstede og jeg tenker at den lille bstanden kunne ha betydd mye for henne. Dermed hadde jeg kanskje bevart identiteten hennes og trygget henne. Hvis jeg nå ser på vernepleierens kompetanseområder i eldreomsorgen (se vedlegg 1) igjen, ser jeg også at medikamentell bivirkning er et av områdene. Derfor tenker jeg også at enkle og relativt små tiltak som lesing kan hindre at pasienten får for mye medisin for å holde seg rolig. Å skape en god relasjon til pasienten ved innleggelse vil derfor være viktig for meg for å kartlegge pasientens interesser. Jeg har også opplevd at for eksempel musikk og lettere massasjer kan ha en god effekt. Jeg som vernepleier i palliativ omsorg ønsker derfor at pasienter skal være så mye tilstede som overhodet mulig. En syk person som bruker helsetjenester og tverrfaglige team, er også en person med intelligens, med et sosialt liv, og som trolig har hatt faglige og andre livsferdigheter, elskverdige og mindre elskverdige personlighetstrekk og en aktiv, kognitiv forståelse av verden. Han/hun er en person med

ønsker og meninger og ved å anvende brukermedvirkning i samsvar med de friske sidene av mennesket, bekreftes den palliative moralen om at en døende pasient er en levende person ((min oversettelse til norsk) Oliviere 2001 i Speck 2009). Etisk kompetanse er også et viktig og godt grunnlag for all god behandling og pleie i eldreomsorgen. Yrket vårt gjør at vi befinner oss i en maktposisjon overfor pasienten og det er derfor svært viktig å være bevisst på hvorfor vi gjør som vi gjør og reflektere rundt det. Vernepleiere er meget flinke på områder som handler om tvang og makt og hvordan vi kan unngå det. Som vernepleier har man derfor alltid stor fokus på andre tiltak som ikke grenser til tvang og makt. Hvis vi har gode faglige og etiske begrunnelser og handler utifra de, kan disse være til hjelp for valgene vi tar for pasienten. Det er personale som skal tilpasse seg til pasientens atferd og ikke omvendt. Dersom etisk gode valg står høyt på en avdeling i for eksempel et sykehjem, vil det igjen kunne føre til økt trivsel og trygghet for alle som er involverte, pasienter, pårørende og ansatte (Sjørengen, 2010).

9.0 Vernepleiefaglige tiltak

I dette kapittelet ønsker jeg å gå gjennom tiltak som vernepleiere kan anvende i samarbeid med pasienter. Disse retter seg spesielt mot åndelige og eksistensielle spørsmål og kommunikasjonsmetoder.

9.1 *Kartlegging av pasientens behov og ønsker*

En viktig del i palliativ behandling er å kartlegge pasientens nettverk for å sikre en god, åpen og forbedrende kommunikasjonsprosess (Husebø og Husebø, 2015). Vernepleierens kompetanse i systematisk kartlegging kan derfor være nyttig for å få til dette og jeg ønsker her å benytte meg av vernepleierens arbeidsmodell (se vedlegg 3) som hjelpemiddel. Denne modellen hjelper meg med å holde systematikk i kartlegginga mi. Det starter med at jeg finner en utfordring som jeg velger å kartlegge og analysere. Deretter kan jeg blant annet lage ulike mål i samarbeid med pasienten for å enten forbedre eller opprettholde for eksempel en fysisk funksjon. Tiltaksarbeidet deretter består av å tilrettelegge for at mål er mulige å nå, at eller andre områder blir ivaretatt og opprettholdt. En jevnlig evaluering av mål og tiltak vil i tillegg hjelpe både meg og pasienten med å reflektere over ulike

situasjoner til en hver tid. Hva om vi bruker denne modellen i samarbeid med eldre pasienter i en palliativ fase for å ivareta autonomi og livskvalitet? Dette hjelpemiddelet kan vi anvende forebyggende og i en tidlig kartlegging for å ivareta pasientens behov og ønsker. La oss ta et eksempel: Anne-Helen er 94 år og kommer fra et lengre sykehusopphold til en langtids- eller korttidsavdeling med diagnosen tykktarmskreft med spredning til lungene. Prognosen er ikke god og det er vanskelig å si noe om forventet gjenværende levetid. Å kartlegge i en tidlig fase hva pasienten ønsker å legge vekt på de siste ukene, dagene eller timene i sitt liv, kan gi et viktig og godt utgangspunkt for å ivareta pasientens autonomi. Spesielt dersom hun også opplever at dårlig helse kan gjøre det vanskeligere for henne å kommunisere med oss. I tillegg er det viktig å ta hensyn til at tiltak og mål må alltid utarbeides sammen med pasienten for å unngå krenkelse og uverdigg behandling. Hva som er det rette tidspunktet for en slik kartlegging og hvordan man forbereder og samarbeider med pasienten mener jeg er svært avgjørende. Kanskje dette kan være en del av en inkomstsamtale hvor man starter med dette arbeidet sammen med pasienten. En primærkontakt for Ann-Helen kan være en viktig nøkkelperson for å sikre at hun ikke blir en slags kasteball mellom ulike ansatte. En primærkontakt sikrer også at hun har én samarbeidspartner å forholde seg til i dette tiltaksarbeidet.

Jeg tenker at det i kartlegging også bør inngå pasientens pårørende, pasientens faglig ansvarlige, eventuell primærkontakt, egne ønsker rundt behandlingen og ikke minst personlige interesser. Dersom kartlegging sammen med pasienten ikke er mulig tenker jeg også at pårørende spiller en svært stor rolle i kartlegging da de kjenner pasienten best.

Jeg tenker også at kartlegging av kosthold kan være et viktig element. Da jeg var i praksis på sykehjem opplevde jeg at pasienter hadde svært dårlig matlyst de siste ukene og enkelte ble ekstra lite fristet av at maten var moset. Når presentasjonen var lite appetittvekkende i tillegg til at det ikke falt i smak var det vanskelig å få til det gode måltidet. Noen etterlyste også matvarer som vi ikke hadde tilgjengelig på avdelingen. Jeg foreslår at pasientens matvaner kartlegges på lik linje med allergier ved mottak på avdelingen. Når pasienten da nærmer seg livets slutt og etterlyser spesielle matvarer eller vi vet om noe som kan friste han/henne, tenker jeg at det kan være en stor fordel for pasienten som kanskje ikke kommuniserer like godt lengre. Dette kan være helt enkle ting som vann, melk eller kulturmilk og hvilke smaker om frister. Ved hjelp av god kartlegging tenker jeg at mye informasjon kan komme bedre fram til personale som skal bistå den siste tiden. Jeg tenker spesielt også på yndlingsmusikk eller yndlingsblomster og lukter som kan virke beroligende eller givende for pasienten. Det finnes noen komplementære

behandlingsformer og deres intensjon er ikke å påvirke selve sykdommen, men å redusere angst, kvalme, anspenhet og behandle depresjon. Gode komplementære og alternative behandlingsformer og tiltak kan dermed ansees som en utvidelse av palliativ omsorg. Tilpasset musikk (f.eks.: musikk som pasienten liker, eller beroligende musikk), bevisst berøring eller massasje er noen alternative tiltak som kan ha god virkning på pasientene alt ettersom hva han/hun ønsker selv. Det gir muligheten til at pasienten føler seg sett, anerkjent og merker at vi vil vel. Spesielt ved massasje er det viktig å huske på at mennesker har behov for berøring og bevegelse også mot livets slutt. Ved tilpasset musikk har det blant annet også vist seg at hjerte-og respirasjonsfrekvensen har redusert seg når pasienten har lyttet til musikk (Risberg, 2015).

9.2 *Åndelige og eksistensielle behov*

I palliativ behandling er det helhetlige menneskesyn et fundament der fysiske, psykiske, sosiale og åndelige eller eksistensielle behov skal ivaretas. Disse behovene skal ivaretas på en faglig god måte der alle ansatte i tillegg skal samarbeide for å oppnå helhetlig og god omsorg (Busch og Hirsch, 2013). Den åndelige og eksistensielle omsorgen kan forstås som å være oppmerksom på pasientens åndelige spørsmål og ressurser, samt å lytte til hvilken betydning disse har i pasientens liv. Videre skal vi assistere pasientens og dens åndelige og eksistensielle behov med utgangspunkt i han/hun sitt eget livssyn (Stiffos-Hanssen & Kallenberg 1998 i Busch og Hirsch 2014). Pasientens åndelige og eksistensielle refleksjoner kan bestå av ulike spørsmål (se vedlegg 4). For eksempel om lidelse og smertens mening, meningen med livet, skyldfølelse, søken etter Gud og ikke minst livet etter døden (Busch og Hirsch 2014). Dette området blir ofte nedprioritert i forhold til de fysiske sidene ved palliativ behandling og flere studier har deretter vist at pasientene ønsker å snakke om dette med alle typer helsepersonell og ikke bare med prester eller andre med spesiell kompetanse (Grevbo i Haugen, 2016).

På de praksisplassene hvor jeg var har jeg ved flere anledninger lagt merke til at pasientene ikke har fått tilbud om samtaler som retter seg mot de åndelige og eksistensielle spørsmålene. Det har heller ikke vært et tema ansatte har snakket om sammen med pasientene. Jeg tok derfor opp temaet i en veiledningssamtale med min praksisveileder i tredje studieåret. Også hun bekreftet ovenfor meg at vi er alt for dårlige til å spørre om det er ønsker, interesser og behov som skal dekkes i forhold til dette området. Etter at temaet

ble mer aktuelt i løpet av praksisen spurte hun flere pasienter om de ønsket seg en prest eller samtaler som tar utgangspunkt i temaet. En medkollega sa den gangen: ”Hanne er flink til å spørre om det har jeg sett. Jeg tørr rett og slett ikke å ta opp dette fordi jeg ikke vet når det er riktig tidspunkt å gjøre det på. Blir jeg for pågående eller tar jeg bort pasientens håp? Overkjører jeg vedkommende? Og hva gjør jeg hvis pasienten ber meg om å lese i bibelen for henne? Jeg som ikke er kristen?”. Jeg personlig tenker at hvem som helst må ta denne avgjørelsen selv, men at det er viktig å ivareta dette på lik linje med de fysiske behovene. Videre tenker jeg at vi bør være ærlige ovenfor pasientene dersom vi ikke kan dekke dette behovet alene og må i enkelte tilfeller overlate dette til enten en mer egnet kollega eller prest. Men å kartlegge behovet i seg selv og sørge for at det blir dekt anser jeg som en av våre hovedoppgaver.

10.0 Kommunikasjon

10.1 Kommunikasjonsutfordringer for eldre mennesker i en palliativ fase

Husebø (2014) skriver blant annet om paternalisme, etikk- og kommunikasjonsutfordringer for døende, gamle og alvorlig syke pasienter. Han beskriver at det tidligere var leger, pleiepersonale og annet fagfolk som tok avgjørelsene for pasienten uten å informere vedkommende. Personalets makt ble dermed misbrukt under behandlingsavgjørelsen for pasienten og inkludering var dermed ikke present. Etterhvert har dette endret seg gradvis og pasientens autonomi står nå høyere enn tidligere, for å få en god livskvalitet mot livets slutt. Det er nå pasienten som i mye høyere grad skal ta imot informasjon og gi sitt samtykke til ulike behandlingstyper. Men allikevel finnes det utfordringer vi som personale står ovenfor.

Eksempel: Frank Olsen er 92 år og er halvsidig lammet av slag. Frank er dermed fullt avhengig av personale på sykehjemmet til å utføre de fleste, for oss andre, hverdagslige ting. Han var og er filosofiprofessor og oppsøkte derfor ulike samtaler som belyser hans autonomi. Han forklarer til legen at det ikke er mye autonomi på sykehjemmet fordi han brukte å stå opp klokken 5, spise frokost og legge seg i badekaret til klokken 6 og lese avisa. Men på sykehjemmet har de verken badekar eller muligheten til at han får gjøre alle

de tingene han pleide å gjøre. I tillegg er Frank underlagt sykehjemmets og personalets rutiner. Han ber om å fjerne pillene og at naturen skal gå sin gang, og at han gjerne ønsker å ligge i badekaret, i hvert fall en gang i uken. Frank utfordret dermed personale på en helt annen måte enn de fleste andre pasienter gjør. Men hvordan fungerer det for de som ikke forstår hva som blir sagt? Hva med de pasientene som ikke er like flinke til å snakke for seg selv, og som heller ikke vet hvordan de skal gjøre det? Er autonomi og selvbestemmelse tatt godt nok vare på da? I møte med gamle og alvorlig syke er denne utfordringene ganske tydelig. Frank Olsen fikk plutselig et lårhalsbrudd og legen avgjorde at han skal opereres på sykehuset. Målet var rask rehabilitering og tilbakeføring til funksjonsnivå, men Frank Olsen har i midlertid fått flere slag og er nå ikke kontaktbar og ute av stand til å kommunisere. Ville det ha påvirket legens avgjørelse? Hva er en god avgjørelse for pasienten som sikrer at livskvaliteten fortsatt er ivaretatt? Inkludering av pårørende er viktig og kona Emma tok til slutt avgjørelsen om at han skal opereres isteden for at han skal dø med store smerter. Frank var på sykehuset i to dager og ble deretter sendt tilbake til sykehjemmet hvor han ble funnet livløs i sengen to dager senere. Dødsårsaken var trolig lungeemboli som komplikasjon etter operasjonen. Frank Olsen døde alene uten at noen var tilstede for han. Når Frank sin sykdomsutvikling er så spesiell og han i tillegg ikke kan ta stilling til sin situasjonen lenger, er det ekstra viktig at personale drøfter de etiske spørsmålene angående videre behandlingstilbud. Det er også viktig å huske på at pårørende ikke skal bestemme hva som er best for dem, men hva pasienten selv hadde ønsket seg (Husebø, 2014). Jeg tenker at jo flere forskjellige faggrupper som er delaktig, og fremmer en slik drøfting, jo bedre kan pasientens livskvalitet ivaretas. I tillegg tenker jeg at dette kan bidra til at vi unngår å ta viktige avgjørelser over pasientens hode. ”Dersom pasient og pårørende skal ha muligheten til å treffe kompetente avgjørelser, må de ha forståelse og innsikt i de aktuelle utfordringer og muligheter” (Husebø, 2014, 41). Jeg tenker at det ikke bare er angående ulike behandlingstilbud denne utfordringer gjelder. Men jeg tenker at dette også gjelder for andre tilbud som gis. Det inkluderer alt fra valg av klær, til ernæring. For meg som framtidig vernepleier er det derfor ekstra viktig å kunne ivareta pasientens interesser og jeg ønsker å være en talsperson for vedkommende sammen med pårørende. Igjen påstår jeg at tverrprofesjonell samarbeid mellom sykepleiere, vernepleiere, leger og hjelpepleiere er avgjørende for å få til en god faglig og etisk drøfting for å unngå makt, avmakt og misbruk av makt. Det tenker jeg også er spesielt viktig for de pasientene vi møter som ikke har pårørende som stiller opp for dem. Som vernepleier skal vi bidra til å øke livskvaliteten til mennesker med ulike

bistandsbehov. Ved bruk av kartlegging, analyser og ulike metoder kan vi i nær samarbeid med brukeren identifisere utfordringer og sette i gang tiltak. Flere pasienter og brukere kan ikke tale på vegne av seg selv og de trenger derfor dyktige og engasjerte talerør som mottar budskapet deres. Budskapet skal deretter spres videre i lokale fagmiljøer, kommuner, lokalpolitisk eller på nasjonalt politisk nivå. Som vernepleier er det derfor ekstra viktig at vi også engasjerer oss både faglig og helse- og sosialpolitisk for de brukere og pasientene vi møter i vår yrkeskarriere med kun et hovedmål: å øke livskvaliteten deres og bidra til det gode liv uavhengig av under hvilke tjenesteområder de befinner seg hen (Kjøllmoen, 2010).

10.2 Den vanskelige samtalen

Helsepersonell som arbeider i for eksempel et lindrende team har en tendens til å holde tilbake informasjon om prognosen og livsutsiktene. Personalet og legen kommer ofte med behandlingstilbud selv om de vet at det kan ha liten effekt. En god løsning på utfordringen om en god samtale som informerer om livets slutt er preget av åpne og forberedende samtaler. Samtalen inkluderer både pasienten, personalet, pårørende og legen. Videre skal det også utarbeides en forberedende plan for omsorg ved livets slutt, noe man kaller for en palliativ plan. En slik samtale er først aktuell når legen, pasienten eller personalet forstår at livets nærmer seg slutten. Men hvem er det som har ansvaret for denne samtalen og den palliative planen? Hovedansvaret ligger hos pasientens lege, men ansvaret inkluderer også alle sentrale parter, som for eksempel fagpersonalet. Siden legen er fagpersonen har den beste oversikten over mulige behandlingsmetoder, prognose og den generelle medisinske situasjonen. Mange leger er flinke til å skape slike samtaler, men andre er også mindre flinke ved å holde tilbake informasjonen. Dette kan blant annet føre til at pasientens lidelse forlenges og at pasientene og pårørende ikke får anledning til å si farvel. Alle pasienter har rett på en slik samtale. Der er det fastlegen som følger opp den døende pasienten regelmessig, og på denne måten kan man også unngå sykehusinnleggelse. Også her utarbeides det en palliativ plan, og det er viktig at de pårørende blir inkludert i arbeidet siden de kjenner pasienten best. Pårørende kan også være med-dirigert i forberedelsen av en slik samtale med pasienten (Husebø og Husebø, 2015). Også her tenker jeg at god kartlegging kan gi en god og gjennomgående palliativ plan for pasienten. Dersom pasienten opplever kommunikasjonssvikt tenker jeg at det i tillegg er viktig å ha

muligheter for alternativ kommunikasjon slik at pasienten mottar budskapet. Når man i tillegg har kartlagt nettverket som kan bidra med å formidle budskapet tenker jeg at den vanskelige samtalen blir lettere å gjennomføre. Dette gjelder ikke bare for eldre pasienter, men spesielt også for pasienter med psykisk utviklingshemning eller andre funksjonsnedsettelse. Tiden rett etter dødsfallet er kritisk og ikke minst helt avgjørende for hvordan pårørende bearbeider situasjonen og sorgprosessen. Etterlatte kan huske detaljer og ord som har blitt sagt i lang tid etter dødsfallet og det er derfor viktig at støtten som blir gitt er så verdig som overhode mulig. Dersom etterlatte opplever at de har hatt liten innflytelse og inkludering kan det skape usikkerhet og frustrasjon. En slik spenning kan reduseres ved jevnlig, åpen og god kommunikasjon (Holm, Norekvål og Fåln, 2015).

10.3 Validering & reminisens

Ulike tiltak som vernepleier kan anvende ovenfor eldre pasienter er validering og reminisens (Sjørengen, 2010). Selv om Sjørengen beskriver disse områdene spesifikt for pasienter med demens, mener jeg at dette også kan være viktige områder for eldre pasienter i livets siste fase. Dersom vi skal møte pasienten på et emosjonelt område, kan vi bruke validering som et kommunikasjonshjelpemiddel. Her fanger vi opp det følelsesmessige innholdet og kommuniserer med pasienten ut ifra det (Sjørengen, 2010). Ved å kartlegge pasientens interesser, tidligere erfaringer eller familiære forhold, kunne jeg ha skapt en god dialog ut ifra det. Jeg har ved mange anledninger opplevd at eldre pasienter setter stor pris på å snakke om livet sitt med personale. I tillegg til å få muligheten til å la egne emosjoner og tanker få slippe ut. Her kan vi skape samtaler som kan vare i flere timer og vi kan fange opp ønsker og tanker fra pasienten. I en praksis møtte jeg en 90 år gammel mann med delvis utfordrende atferd i form av roping i ulike situasjoner. Personale skjønnte ikke hvorfor han ropte og flere ble nærmest frustrert av å ikke finne ut av det. Hver gang de prøvde å snakke med han endte de uten noe konkret svar. En dag satt Kåre (fiktivt navn) og jeg i sofahjørnet i fellesgangen og snakket om den tidligere jobben hans. Utover i samtalen med Kåre kommer det fram at han føler seg usikker. Han beskriver at han ikke skjønner hva som skjer på andre siden av gangen. Jeg gikk dypere inn på samtalen og han fortalte meg at han ”mister grepet”, han forstår ikke sammenhenger lenger og vet ikke hvem han kan snakke med, verken av andre beboere eller ansatte. Emosjonene hans kom fram både i form av tårer og ord. Selv om Kåre hadde problemer med å sette ord på følelsene sine og hendelser som skjer på avdelingen, mottok

jeg budskapet hans. Han så mye på hendene sine og det virket som om han prøvde å beskrive ord med hendene. Han sa selv at han mister ordene og at han ikke vet hvordan han skal forklare enkelte ting. Hans utfordrende atferd ga nå mer mening for meg.

Reminisens (minneaktivitet) er også et tiltak som kan anvendes (ibid). Selv om Sjørengen beskriver dette også i forhold pasienter med demens, tenker jeg at også denne kommunikasjonsformen kan bidra innenfor mitt valgte område. Her kan man for eksempel bla i gamle bilder og snakke om tidligere opplevelser (Sjørengen, 2010). Også dette anser jeg som et enkelt tiltak som kan bedre livskvaliteten og tilværelsen på sykehjemmet for alle pasienter, uavhengig av livssituasjon og diagnose. Jeg tror at pasienten ville ha følt seg sett og anerkjent. Ved å planlegge og igangsette nødvendige tiltak til rett tidspunkt i sykdomsforløpet vil man kunne oppnå optimal og best mulig palliativ behandling (Kaasa, 2012). Tenker jeg tilbake på Kåre, føler jeg at reminisens og litt realitetsorientering kunne ha vært et godt tiltak for han fordi jeg kan med det bidra til at han føler seg sett og anerkjent og jeg tenker at det igjen vil føre til trygghet for han. Spesielt mot livets slutt anser jeg det som viktig å kunne gå gjennom betydningsfulle hendelser i pasientens liv og bidra at pasienten får anerkjennelse og en verdig behandling. ”God miljøterapi har ingen bivirkninger” (Sjørengen, 2010, 28).

11.0 Konklusjon

Økningen i antall eldre her i landet og samhandlingsreformens mål om å overføre flere tjenester til kommunehelsetjenesten vil gjøre at flere sykehjem vil møte på ulike utfordringer. Allerede nå ser vi hvilken påvirkning denne overgangen har for kommunene og at flere kompetente fagfolk etterlyses.

For å øke livskvaliteten til eldre mennesker i palliativ behandling i tverrprofesjonell samarbeid finnes det en rekke faglige teorier og systematiske kartleggingsmetoder. Det finnes også ulike tiltak som vernepleiere kan anvende i palliativ behandling sammen med andre profesjoner. Jeg mener at systematisk kartlegging, ved hjelp av vernepleierens arbeidsmodell, så tidlig som mulig sammen med eldre pasienter kan bidra til god livskvalitet. Ved hjelp av denne modellen kan vi lage mål sammen med pasienten og bidrar til at pasienten føler seg sett og hørt. Tiltak som omfatter reminisens, validering og ikke minst kartlegging av åndelige og eksistensielle behov vil hjelpe meg som framtidig

vernepleier til å bidra til at livskvaliteten til eldre mennesker i en palliativ fase ivaretas på en verdig måte.

Jeg har ved hjelp av praksisopplevelser og dette arbeidet erfart at personlig kompetanse og tilnærings- og kommunikasjonsteknikk er minst like viktig som selve behandlingen. Da livskvalitet er ulik for hvert menneske er det svært viktig å kartlegge hva god livskvalitet innebærer for den enkelte pasienten. Siden flere vernepleiere er opptatt av å være en helse- og sosialpolitisk aktør i samfunnet for klientene sine, uavhengig hvor de befinner seg hen, kan jeg tenke meg at vernepleiere har et godt grunnlag for å snakke for de som ikke har nok krefter igjen. I tillegg er kartleggingsmetodene og de ulike kommunikasjonsverktøyene for vernepleiere også et godt utgangspunkt for å løfte eldreomsorgen, ved å bidra til at hver enkelt person blir sett i norske sykehjem og at alle får en verdig avslutning på livet. Jeg tenker også at det er svært viktig å samarbeide med andre yrkesgrupper for å utfylle hverandre og for å heve den samlede kompetansen til et høyt nivå, slik at pasienten får individuell og tilpasset behandling.

11.1. Egen refleksjon

Denne oppgaven har vært utfordrende for meg da jeg fram til nå ikke finner en vernepleiefaglig teori om palliativ behandling for eldre mennesker. Derfor har jeg sett mye på andre profesjoner sin kompetanse. På grunn av dette har jeg igjen lært minst like mye om tverrprofesjonell samarbeid, sykepleiere og leger, som om palliativ behandling for eldre. Jeg har møtt mange dyktige fagfolk mens jeg har jobbet med denne oppgaven og det har gjort meg mer bevisst på min egen rolle og kompetanse som vernepleier. Deres roller og kompetanse har også gitt meg et godt innblikk i hva de andre kan og hvordan jeg kan benytte meg av deres kompetanse sammen med min egen. Fagfolk/kollegaer som jeg har snakket med har også gitt uttrykk for at vernepleiere etterlyses i eldreomsorgen generelt. Jeg håper at det unge vernepleiefaget som fortsatt er i utvikling strekker seg helt til palliativ omsorg, og at vernepleiere framover blir en like anerkjent gruppe i sykehjem som sykepleiere. Jeg håper også at min oppgave hjelper til for å belyse hvor viktig ulike faggrupper er for eldre mennesker på sykehjem og hvor stort utviklingspotensial vi har ovenfor denne målgruppen. En av hovedfunnene mine i denne oppgaven er at det finnes ulike kommunikasjonsformer og teknikker som en vernepleier kan benytte seg av for å ivareta pasientens medbestemmelse og livskvalitet. Med utgangspunkt i grunnleggende etiske prinsipper og samarbeid med andre viktige profesjoner vil vi kunne nå dette målet

sammen. Jeg ser det som sentralt at ulike profesjoner bør jobbe tett sammen og ikke jobbe mot hverandre. Sammen skal vi gjøre hverandre bedre og jeg ønsker derfor å avslutte med et kort og viktig sitat. ”I dagens helsesystemer synes det å være mer effektivt å oppnå mål gjennom samarbeid snarere enn gjennom kraftig konkurranse” ((min oversettelse til norsk) Forbes og Fitzsimons 1993 i Speck 2009, 27).

12.0 Litteraturliste

Aadland, Einar. 2013. *Og eg ser på deg ... vitenskapsteori i helse- og sosialfag 3. utgave.* Oslo: Universitetsforlaget

Askheim, Ole Petter. 2012. *Fra normalisering til empowerment – ideologier og praksis i arbeid med funksjonshemmede.* Oslo: Gyldendal Akademisk

Busch, Christian Juul og Anne Hirsch. 2013. Kapittel: 6. *Eksistensiell og åndelig omsorg.*
Kaasa, Stein (red.). 2014. *Palliasjon – nordisk lærebok 2.utgave.* S: 115-142. Oslo: Gyldendal Akademisk

Dalland, Olav. 2013. *Metode og oppgaveskriving 5.utgave.* Oslo: Gyldendal Akademisk

Gjendem, Agnar. 2016. "Fikk oss til å føle oss heime". *Romsdals Budstikke*, 23. April, s. 8-9

Haugen, Dagny Faksvåg. 2016. *Innlemmelsen av åndelig omsorg i Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon – Tor Johan Grevbo intervjues av Dagny Faksvåg Haugen.* Omsorg – nordisk tidsskrift for palliativ medisin (Nr.1 – Åndelig og eksistensiell palliasjon). S:5-8. Bergen: Fagbokforlaget

Helgesen. Leif. 2011. *Menneskets dimensjoner – lærebok i psykologi 2.utgave.* Bergen: Høyskoleforlaget

Helse- og omsorgsdepartementet. 2015. *Omsorg 2020 – regjeringens plan for omsorgsfeltet 2015-2020.*

https://www.regjeringen.no/contentassets/af2a24858c8340edaf78a77e2f9cb7/omsorg_2020.pdf (Lesedato: 19.november 2015)

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

<https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf> (Lesedato: 19.november 2015)

Helsepersonelloven. 2001. *Lov av 02.juli 1999 nr: 64 om helsepersonell.*

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonelloven>

(Lesedato: 15.05.2016)

Holm, Marianne Særtang og Tone M. Norekvål og Nina Fålun. 2015. Kapittel 17: *Det siste stell – ivaretagelse av den døde, hans familie og pleieren.* Holm, Marianne Særtang og Stein Husebø (red.). *En verdig alderdom – omsorg ved livets slutt.* S:211-224. Bergen: Fagbokforlaget

Husebø, Stein og Bettina Husebø. 2015. Kapittel 1: *Omsorg ved livets slutt – forberedende samtaler og palliativ plan.* Holm, Marianne Særtang Stein Husebø (red.). 2015. *En verdig alderdom – omsorg ved livets slutt.* S:21-35. Bergen: Fagbokforlaget

Husebø, Stein. 2015. Kapittel 2: *Fra hospice-bevegelse til palliative care – hva bør navnet være?.* Holm, Marianne Særtang Stein Husebø (red.). 2015. *En verdig alderdom – omsorg ved livets slutt.* S:39-46. Bergen: Fagbokforlaget

Kaasa, Stein. 2012. Kapittel 1: *Palliativ medisin – en introduksjon.* Kaasa, Stein (red.). 2012. *Palliasjon – nordisk lærebok 2.utgave.* S:31-47. Oslo: Gyldendal Akademisk

Husebø, Stein. 2014. *Lenge leve paternalismen! Omsorg – nordisk tidsskrift for palliativ medisin (Nr. 2 - Medbestemmelse) 2014.* S:39-42

Kjøllmoen, Siv Karin. 2010. *En framtidvisjon for vernepleieren.* Grung, Rolf Magnus og Hanne Line Wærnes og Cato B. Ellingsen (red.). 2010. *Vernepleierboka 2010 – 20 år etter reformen.* S:190-200. Fellesorganisasjonen 2010.

Linde, Søvi og Inger Nordlund. 2010. *Innføring i profesjonelt miljøarbeid, systematikk, kvalitet og dokumentasjon.* Oslo: Universitetsforlaget

Lingås, Lars Gunnar. 2005. *Ansvar for likeverd. Etikk i tverrfaglig arbeid med habilitering og rehabilitering.* Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Meisingset, Sigrun Lossius. 2016. "Greier ikke å tilby det vi skal". *Romsdals Budstikke*. 26. Januar 2016. <http://www.rbnett.no/pluss/2016/01/26/%E2%80%93-Greier-ikke-tilby-det-vi-skal-12078212.ece> (Lest: 10.05.2016)

Moe, Siri. 2016. "Kommunehelsetjenesten trenger mer kompetanse". *Nordlys*. 9. Februar 2016, s: 3

Oliviere, David. 2009. Kapittel 4: *User involvement – the patient and carer as team members?*. Speck, Peter. 2009. *Teamwork in Palliative Care – fulfilling og frustrating?*. S:41-64. Oxford University Press

Owren, Thomas Sølvi Linde. 2011. Kapittel 1: *Innledning*. Owren, Thomas Søvli Linde (red.). 2011. *Vernepleiefaglig teori og praksis – sosialfaglige perspektiver*. S:13-27. Oslo: Universitetsforlaget

Risberg, Terje. 2015. Kapittel 43: *Alternativ/komplementær behandling*. Neergaard, Mette Asbjørn Henrik Larsen. 2015. *Palliativ medicin – en lærebog*. København: Munksgaard

Solheim, Kirsti. 2009. *Demensguide 2.utgave*. Oslo: Universitetsforlaget

Sjørengen, Marit. 2010. *Vernepleieren i eldreomsorgen/demensomsorgen God miljøterapi har ingen bivirkninger*. Grung, Rolf Magnus og Hanne Line Wærnes og Cato B. Ellingsen (red.). 2010. *Vernepleierboka 2010 – 20 år etter reformen*. S:128-139 Fellesorganisasjonen 2010.

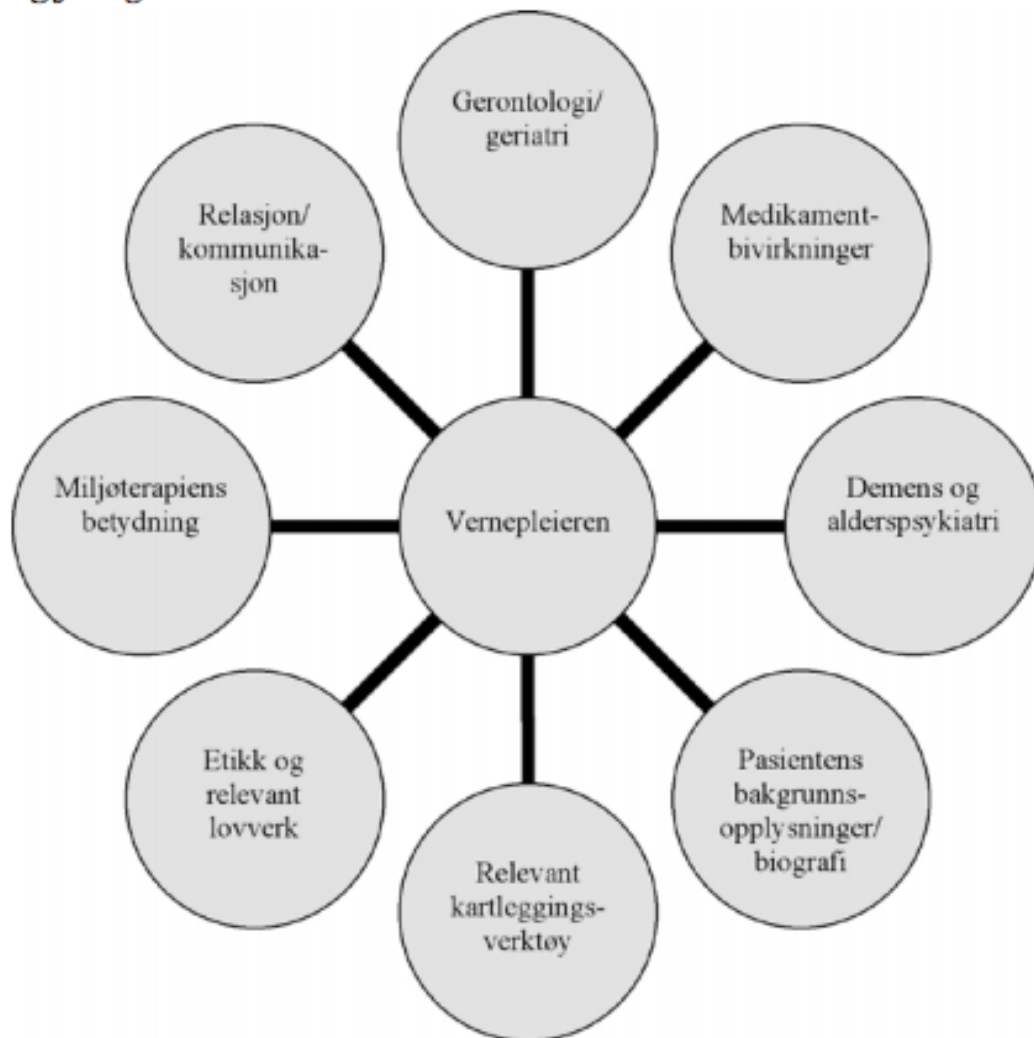
Skogstrøm, Lene og Hans Jordheim. 2016. "Ansatte i eldreomsorgen kan for lite om å behandle syke eldre". *Aftenposten*. 9. Februar 2016. <http://www.aftenposten.no/nyheter/iriks/Ansatte-i-eldreomsorgen-kan-for-lite-om-a-behandle-syke-eldre-8347216.html> (Lest 10.05.2016).

Statistisk Sentralbyrå. 2015. *Kostra Faktaark: B Behovsprofil – nøkkeltall, Ureviderte tall per 09.04.2016*. (Lest 22.11.2015) <http://www.ssb.no/a/kostra/stt/faktaark.cgi?f=95193998817111&m=150200&r=150400&r=153900&r=154700&r=154800&std=checked&t=2014&type>

Willumsen, Elisabeth. 2009. Kapittel 2: *Tverrprofesjonelt samarbeid i praksis og utdanning i helse- og sosialsektoren*. Willumsen, Elisabeth (red.). 2009. Tverrprofesjonelt samarbeid i praksis og utdanning. S: 16-30. Oslo: Universitetsforlaget

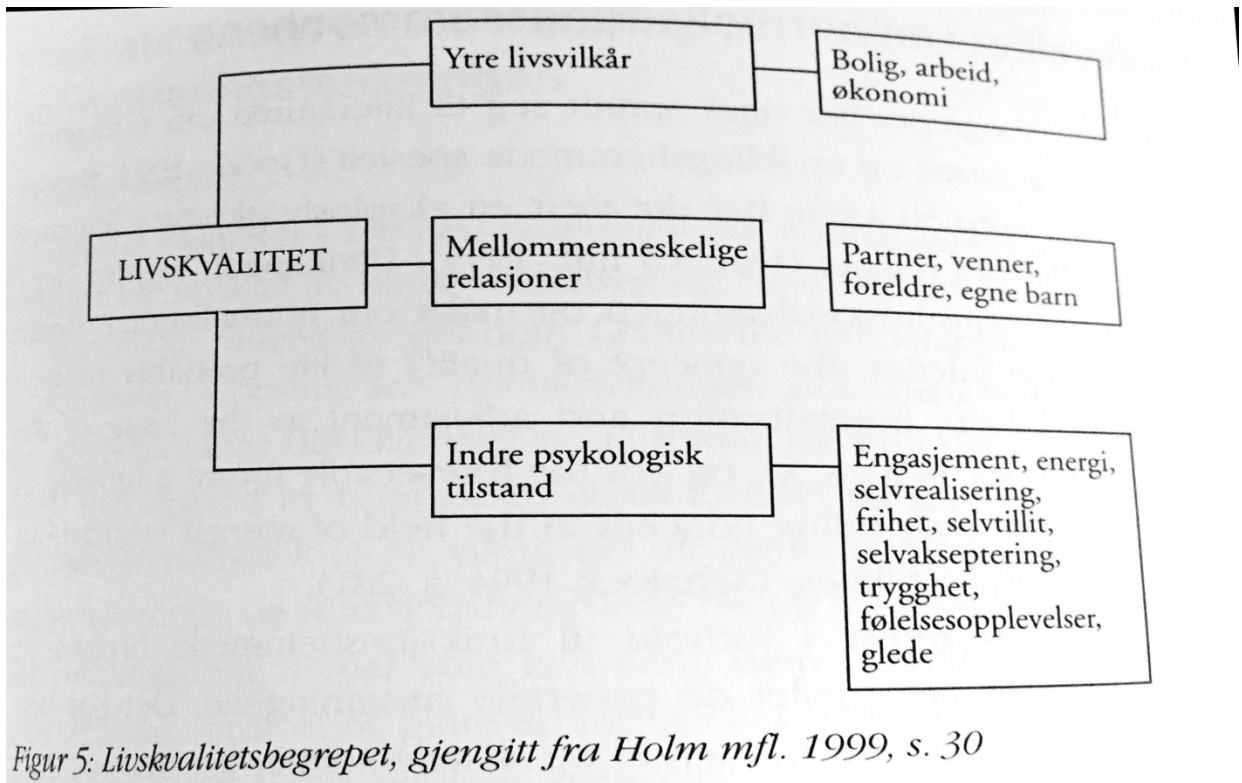
13.0 Vedlegg

13.1 Vedlegg 1 – Vernepleierens kompetanseområder



(Sjørengen, 2010)

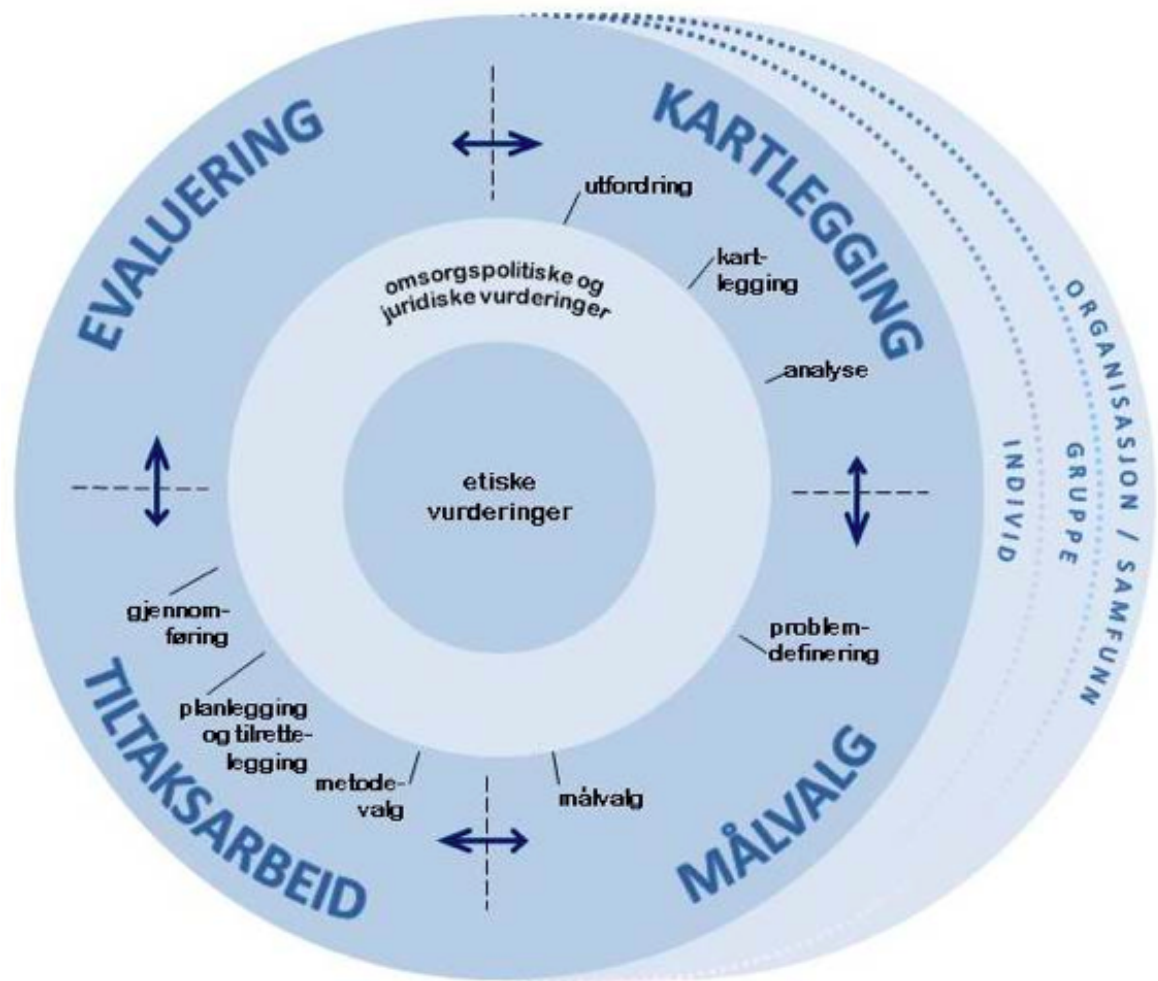
13.2 Vedlegg 2 – Livskvalitetsbegrepet



Figur 5: Livskvalitetsbegrepet, gjengitt fra Holm mfl. 1999, s. 30

(Holm mfl. 1999:30 i Askheim 2012,73)

13.3 Vedlegg 3 – Vernepleierens arbeidsmodell



13.4 Vedlegg 4 – Åndelige og eksistensielle refleksjonsspørsmål

Lidelsens og smertens mening:

- Hvorfor skal jeg lide?
- Hvorfor rammer dette meg?

Verdisystem:

- Hvilken betydning har penger, materielle goder og sosial posisjon?

Livets mening:

- Hvilken mening har livet når man er syk?

Skyld/skyldfølelse:

- Hva har jeg gjort galt – er dette en straff?
- Kan det som er gjort, gjøres ugjort?
- Kan jeg gå tilgivelse?

Søken etter Gud:

- Finnes det en Gud?
- Hvorfor lar Gud meg lide?

Lovet etter døden:

- Finnes det et liv etter døden?
- Hvordan kan jeg tro på et liv etter døden?

(Busch og Hirsch, 2014,119)