



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

## VURDERINGSINNLEVERING

---

Emnekode: SYKSB3001

Emnenavn: Sykepleie, forskning og fagutvikling

Vurderingsform: Bacheloroppgave

Kandidatnr: 42

Leveringsfrist: 17.02.11 kl 14.00 Studenttorg/Fronter

Ordinær eksamen

Fagansvarlig: Benny Huser

# Etisk fordring: Verdighet ved livets slutt

---

16.03.2011



Kandidatnr: 42

Veileder: Åse Renolen

Antall ord: 8658

# Sammendrag

**Tittel:** Etisk fordring: Verdighet ved livets slutt

**Bakgrunn og valg av tema:** Jeg har gjennom praksisperioder og tidligere arbeidserfaring opplevd etiske dilemma vedrørende utføring av sykepleie til terminale pasienter på korttids- og rehabiliteringsavdeling. Det økende antall eldre i samfunnet gjør at sykepleie til terminale pasienter blir en enda viktigere del av sykepleieyrket i fremtiden og presenterer mange utfordringer. Derfor har jeg valgt etiske fordringer i terminal sykepleie som tema, og juridiske rammer, etiske rammer og korttids- og rehabiliteringsavdelinger som kontekst.

**Problemstilling:** ”Hva er en verdig livsavslutning etter kravet om faglig forsvarlig sykepleie hos pasienter i terminal fase med korttids plass på sykehjem”?

**Hensikt:** Belyse pasientens opplevelse av livsavslutning på korttids- og rehabiliteringsavdeling i sammenheng med sykepleierens juridiske og etiske fordringer.

**Metode:** Systematisk litteraturstudie.

**Funn/resultat:** Begrepet verdighet ved livets avslutning har stor betydning for pasienter og deres pårørende. I studier kommer det frem at opprettholdelse av respekt og medbestemmelse er en av de viktigste faktorene for opprettholdelse av verdighet for døende pasienter. Respekt blir gitt i form av tid til samtaler om eksistensielle tema. Pårørende opplever verdighet som trygghet i form av god kommunikasjon, tilstrekkelig informasjon og kunnskap angående sykdomsforløp og lindrende behandling. Funn viser at det er behov for undervisning innen terminalsykepleie for å heve kompetansenivået.

**Oppsummering:** Verdighet og faglig forsvarlighet ved livets slutt er vanskelig å gjennomføre tilfredsstillende på en korttids/rehabiliteringsavdeling av flere grunner, bl.a. høyt arbeidstempo og pasienter med ulike behov slik at rammene for omsorgsfull, verdig livsavslutning ikke er til stede i tillegg til for lav kompetanse i forhold til terminal sykepleie. Verdighet kan opprettholdes ved å vise pasient og pårørende respekt og ved å gi omsorg gjennom lindrende behandling, god informasjon, trygghet og åpne samtaler om det eksistensielle.

## **Abstract**

**Title:** Ethical claims: Dignity at the end of life.

**Background:** Through work experience and clinical practice I have perceived ethical dilemmas regarding the conduct of nursing to terminal patients in short-term and rehabilitation departments. The increasing number of elderly in the community makes nursing to terminal patients an important part of the future tasks and presents several challenges. I have therefore chosen ethical challenges in terminal care as a theme, with legal and ethical restrictions, and short-term and rehabilitation departments as context.

**Problem of discussion:** “What is the meaning of a dignified death compared to quality assurance in end-of-life care for patients in terminal phase in short-term and rehabilitation departments?”

**Objective:** Illuminate patient’s experience of dying in short-term and rehabilitation departments in perspective of nurse’s legal and ethical challenges.

**Methods:** systematic literature review.

**Results:** The concept of dignity at end-of-life is of highly importance for patients and their relatives. In studies, it emerges that the maintenance of respect and participation is one of the most important factors for maintaining the dignity of dying patients. Respect is given in terms of time for discussion of existential issues. Relatives experience dignity as security in terms of good communication, adequate information and knowledge about disease and palliative care. Findings show that there is a need for education to raise the expertise.

**Summary:** Dignity and quality assurance in end-of-life care are difficult to perform satisfactorily in a short-term and rehabilitation department for several reasons, regarding pace of work and patients with different needs so that the general term for dignified end-of-life care is not present in terminal care. Dignity can be maintained by showing patients and their relatives respect by providing considerate palliative care, adequate information, security and receptive conversations about existential needs.

## Innhold

1.0.	Innledning.....	1
1.1.	Bakgrunn for valg av tema.....	2
1.2.	Avgrensning og presisering av oppgaven.....	2
1.3.	Oppgavens hensikt.....	3
1.4.	Problemstilling.....	3
1.5.	Oppgavens oppbygging.....	3
2.0.	Teoridel.....	4
2.1.	Faglig forsvarlighet.....	4
2.2.	Verdighet.....	5
2.3.	Sykepleie til den terminale pasienten.....	6
2.3.1.	Fysiske behov.....	7
2.3.2.	Psykiske behov.....	8
2.3.3.	Sosiale behov.....	8
2.3.4.	Åndelige behov.....	8
2.4.	Pårørende.....	9
2.5.	Kommunikasjonens betydning.....	9
2.6.	Hospice-filosofien.....	10
2.7.	Sykepleieteori.....	10
2.7.1.	Kari Martinsen og omsorg.....	10
2.7.2.	Omsorgens relasjonelle, praktiske og moralske prinsipp.....	11
2.7.3.	Kari Martinsen og faglig skjønn.....	11
3.0.	Metodedel.....	12
3.1.	Litteraturstudie som metode.....	12
3.2.	Litteratursøk.....	13

3.3.	Kildekritikk og bearbeiding av data .....	13
3.4.	Faglige etiske aspekter .....	15
4.0.	Resultat/funn.....	16
4.1.	Etikk i sykehjem og hjemmetjenester .....	16
4.2.	Er sykehjemmet et verdig sted å dø?.....	17
4.3.	Dignity and the challenge of dying in nursing homes: the residents' view.....	18
4.4.	Har opplæringstiltak i sykehjem betydning for pleie og omsorg i livets slutfase? .....	19
5.0.	Drøfting .....	20
5.1.	Verdig og faglig forsvarlig livsavslutning på korttid/rehabiliteringsavdeling .....	20
5.2.	Hvilke etiske utfordringer dominerer sykepleien til terminale pasienter på en korttids/rehabavdeling? .....	24
5.3.	Hvordan kan sykepleier bidra til verdighet i terminalfasen på en korttidsavdeling? .....	26
5.0.	Konklusjon .....	28
6.0.	Litteraturliste .....	29
7.0.	Vedlegg .....	34
	Vedlegg 1 .....	34
	Vedlegg 2 .....	36
	Vedlegg 3 .....	41

## 1.0. Innledning

Verdens befolkning eldes fort. I følge Statistisk Sentralbyrå passerte Norges befolkning 4,8 millioner innbyggere i 2008. Prognosen tilsier at vi vil passere 5 millioner innbyggere i 2012, og et sted mellom 6 og 8 millioner innbyggere i 2050, avhengig av innvandring. Antall eldre i samfunnet øker, og etter 2015 kommer eldrebølgen for fullt. Da blir de store etterkrigskullene pensjonister (Statistisk Sentralbyrå, 2008). I Norge har kommunene ansvar for tjenestetilbudet til alle som trenger pleie- og omsorgstjenester mens staten har bl.a. ansvaret for å sikre like rammevilkår gjennom lov- og regelverk, sette økonomiske rammer og legge til rette for at kommunene klarer å tilpasse sine tilbud etter behovene. Kommunale omsorgstjenester består i stor grad av ulike former for hjemmetjenester, omsorgsboliger, hjemmesykepleie og sykehjem. Annen helsehjelp er skolehelsetjeneste, helsestasjon og allmennlegetjeneste. Kommunens tilbud om praktisk bistand og hjemmesykepleie fremmer muligheten for at alle skal kunne bo i hjemmet sitt så lenge som mulig, og også få muligheten til å avslutte livet her. Mennesker med større pleiebehov har tilbud om kommunale institusjonsplasser, som sykehjem, som har korttids- og langtidsopphold i tillegg til trygde- og omsorgsboliger som tilbyr heldøgntjenester (Statistisk Sentralbyrå, 2008).

Det har skjedd store organisatoriske forandringer på sykehjemmene i Norge de siste 10 årene. Aldershjemmene opphører gradvis, og mange steder i landet har store sykehjemsavdelinger blitt erstattet av mindre, mer spesialiserte enheter med plasser til rundt 10 pasienter. Det finnes i hovedsak to hovedtyper avdelinger på sykehjem i dag; langtidsavdelinger og korttidsavdelinger (Hauge, 2008). Langtidsavdelingene er ofte delt inn i somatisk enhet og skjermete enheter eller demensavdelinger. Korttidsavdelingene skal tilby pleie og omsorg, behandling og rehabilitering. Vanligvis er det meningen at pasienten skal tilbake til hjemmet sitt etter oppholdet. De vanligste formene for korttidsavdelinger er rehabiliteringsavdelinger for aktiv rehabilitering, korttidsavdelinger for avlastning, observasjon og utredning, behandlingsorienterte avdelinger som palliative avdelinger, og dagavdelinger som tilbyr aktiviteter, sosialt samvær, måltider og trening noen timer daglig (Hauge, 2008). Regjeringen har presentert i Stortingsmelding nr 25, Omsorgsplan 2015 som inkluderer Verdighetsgarantiforskriften og Samhandlingsreformen for å imøtekomme eldrebølgen og dens utfordringer (Helse- og Omsorgsdepartementet, 2006).

## **1.1. Bakgrunn for valg av tema**

Det økende antall eldre presenterer mange utfordringer, og jeg har gjennom 4 praksisperioder, der pasientgruppen i stor grad har vært eldre, erfart og reflektert over kvaliteten i sykepleien, og følelsen av å ikke strekke til som sykepleierstudent og snart ferdig utdannet sykepleier har hengt over meg ved flere anledninger. Dette gjelder spesielt situasjoner som fører til etiske dilemmaer og avgjørelser og handlinger som er uverdige for pasienten. Jeg bestemte meg tidlig for at min bacheloroppgave skulle omhandle etiske dilemmaer i sykepleie til eldre, utfordringen var å bestemme seg for hvilket dilemma, kontekst og hvilken pasientgruppe. På bakgrunn av erfaringene i praksis var det spesielt de etiske dilemmaene angående døende pasienter på travle korttids- og rehabiliteringsavdelinger som rørte meg aller mest, den dårlige samvittigheten fordi jeg følte de fikk for lite helhetlig sykepleie fordi arbeidstempoet er så høyt, og fordi avdelingen har pasienter med ulikt pleie- og aktivitetsbehov og mål.

## **1.2. Avgrensning og presisering av oppgaven**

Begrepet *faglig forsvarlig sykepleie* har sterk fokus i sykepleierstudiet ved HSH og er et begrep som går igjen i media når helsevesenet i Norge diskuteres. Jeg ønsker å drøfte betydningen av begrepet opp mot kravet om god kvalitet og helhetlig sykepleie når det gjelder sykepleie til terminale pasienter. Det vil da være naturlig å utdype hva som menes med en verdig livsavslutning og hva som kreves av sykepleien til terminale pasienter. Pasientgruppen oppgaven omhandler har ingen spesifikk diagnose, men er eldre, alvorlig syke pasienter som ikke har langtidsplass på sykehjem, men som enten kommer fra hjemmet sitt eller fra sykehus, og som har fått korttidsopphold på sykehjem for å bli ivaretatt og for å få en omsorgsfull og verdig død. Jeg har valgt å bruke begrepet ”verdige livsavslutning” i min problemstilling istedenfor verdig død, fordi jeg føler livsavslutning henviser til selve sykepleien og det er verdig sykepleie oppgaven handler om.

Jeg har valgt å bruke Kari Martinsens omsorgsteori i oppgaven fordi hennes teori bygger på et kollektivistisk menneskesyn og hun sier at omsorg bygger en menneskelig gjensidighet hvor omsorg blir gitt uten forpliktelser og forventninger om å få noe tilbake (Martinsen, 2003). Jeg har brukt studier som omhandler etiske spørsmål i arbeid på sykehjem og hjemmetjenester, virkning av undervisningstiltak i etisk arbeid, hva som skal til for at sykehjem skal anses som



en verdig plass å dø og hvilke faktorer pasientene anser som viktig for å opprettholde verdighet ved livets slutt.

### ***1.3. Oppgavens hensikt***

Jeg har som mål at gjennom å skrive bacheloroppgave får jeg muligheten til å fordype meg i dilemmaer rundt en verdig livsavslutning, og øke min forståelse av hvordan jeg kan gi helhetlig sykepleie på en faglig forsvarlig måte til pasienter som forlanger minst men som kanskje krever mest. Samtidig ønsker jeg å belyse de utfordringer som eksisterer i sykepleie til denne pasientgruppen. Jeg håper at jeg gjennom litteraturstudiet får et bredere perspektiv og økt kunnskap med tanke på holdninger, samhandling og omsorgsarbeid rettet mot alvorlig syke pasienter og deres pårørende, og som kan hjelpe meg videre i sykepleieryrket.

### ***1.4. Problemstilling***

*Hva er en verdig livsavslutning etter kravet om faglig forsvarlig sykepleie hos pasienter i terminal fase med korttidsplass på sykehjem”?*

### ***1.5. Oppgavens oppbygging***

Oppgaven starter med et sammendrag på norsk og engelsk. Deretter følger innledning hvor jeg presenterer oppgavens tema, problemstilling, avgrensning og begrunnelse for mine valg. Etter innledning presenterer jeg metodedel og valg av metode. Teoridelen inneholder definering av begrep som jeg finner relevant for besvarelse av oppgaven, sykepleieteori samt artikkelfunn og forskningsresultat. Videre følger drøftingsdel der jeg tolker og analyserer forskningsresultat, sammenligner og setter de opp mot det jeg har funnet i teorien og deretter drøfter jeg de forskjellige argumentene. Avslutningsvis har jeg konklusjon med kortfattet presentasjon av momentene jeg har funnet som svarer på problemstillingen.

## **2.0. Teoridel**

### **2.1 Faglig forsvarlighet**

Begrepet faglig forsvarlighet er et begrep som er nedfelt i lovverket og som gir helsepersonell forpliktelser. Faglig forsvarlighet omhandler at sykepleiere og annet helsepersonell ikke skal påta seg arbeidsoppgaver som de ikke er kvalifisert til å gjøre, men utøve sitt arbeid slik det er forventet ut i fra arbeidets karakter, situasjonen som har oppstått og sykepleiers kvalifikasjoner (NSF, u.å). Faglig forsvarlighet er en rettslig standard som utvikler seg med de endringer som skjer i sykepleiepraksisen og inneholder krav til både helsepersonell og arbeidsgivere spesielt gjennom Helsepersonelloven §4 og §16 (1999), Kommunehelsetjenesteloven §1 og §6 (1982) og Spesialisthelsetjenesteloven §2 (1999). Forsvarlighetskravet er en absolutt minstestandard og en forutsetning for kravet er at helsepersonell og ledelse vurderer dets innhold og kvalitet kontinuerlig (NSF, u.å).

Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene (2003), har som formål å sikre pasienter god omsorg og pleie. Kvalitetsforskriften danner utgangspunkt for de grunnleggende krav som stilles til kvaliteten i pleie- og omsorgstjenesten i kommunene og er således et viktig redskap for å vurdere om pasientene får den hjelp de har krav på. Kvalitetsforskriften §3 slår bl.a. fast at det skal utarbeides skriftlige prosedyrer og retningslinjer slik at helsepersonell kan gi omsorgsfull og faglig forsvarlig helsehjelp. Videre skal sentrale punkt i forskriften sikre at pasientene får tilfredsstillt sine fysiske, psykiske, sosiale og åndelige behov, en verdig død i trygge og rolige omgivelser, m.m (Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene, 2003).

Helsepersonells arbeid er regulert av de 4 lovene; helsepersonelloven (1999), pasientrettighetsloven (1999), spesialisthelsetjenesteloven (1999) og psykisk helsevernloven (1999). Kravet om faglig forsvarlighet er nevnt i alle disse lovene. Helsepersonelloven bidrar til at pasienten mottar en sikker helsetjeneste med kvalitet, samt fremmer pasientens tillit til helsepersonell. Videre definerer loven hvilke yrkesgrupper loven gjelder for, stiller krav til deres yrkesutøvelse når det gjelder faglig forsvarlighet, øyeblikkelig hjelp, journalføring, taushetsplikt, tildeling og bortfall av autorisasjon m.m. Helsepersonelloven (1999) §4, §16 og §17 er sentrale fordi de beskriver helsepersonells og arbeidsgivers ansvar. Pasientrettighetsloven (1999) presenterer pasienters rettigheter i forhold til helsehjelp, informasjon, brukermedvirkning, klagerett, samtykke m.m.

Sykehjem er en lovpålagt tjeneste i kommunene, og lovene som regulerer tjenesten er forvaltningsloven (1967), helsepersonelloven (1999), kommunehelsetjenesteloven (1982) og pasientrettighetsloven (1999). Videre er sykehjem også regulert av forskrifter som forskrift for sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie (1988), forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene (2003), forskrift om vederlag for opphold i institusjon m.v (1995), rundskriv som rett til egen tros- og livssynsutøvelse (2009) og forskrift om en verdig eldreomsorg (2010).

Forskrift om en verdig eldreomsorg (2010) har som formål å sikre at eldre i Norge får en verdig, meningsfull og trygg alderdom. Forskriften beskriver eldreomsorgens verdigrunnlag og viser til tiltak det skal tilrettelegges for å etterkomme dette (Verdighetsgarantiforskriften, 2010).

## **2.2. Verdighet**

Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (2007) bygger på ICNs etiske regler (2006) og FNs menneskerettigheter (1975). Nortvedts (2008) norske definisjon på sykepleiers grunnlag er gjengitt i de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere (2007): ”Grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet. Sykepleie skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene, og være kunnskapsbasert.” (2007, s. 7). De yrkesetiske retningslinjene er ment som verktøy for å hjelpe sykepleiere i sitt arbeid når det oppstår vanskelige etiske situasjoner, og som et supplement til lovverket og det juridiske og faglige ansvaret (NSF, 2008).

FN vedtok i 1975 retningslinjer og prinsipper for omsorg ved livets slutt, ved betegnelsen ”En verdig avslutning på livet”. Retningslinjene tar utgangspunkt i et helhetlig menneskesyn og har med fysiske, psykiske, sosiale og åndelige/eksistensielle aspekter og omhandler mange av de sentrale verdier i slutfasen av livet (NOU 1999:2).

NOU 1999:2 ”*Livshjelp*” slår fast at i forhold til palliativ behandling må en verdig livsavslutning ha høyest prioritet blant rettigheter innenfor helsevesenet, og at behandling,

pleie og omsorg skal utøves med respekt for alle menneskers likeverd og for hvert enkelt menneskets verdighet (NOU 1999:2).

Alle mennesker har behov for å føle seg verdifull. Et menneske som opplever sykdom og helsesvikt kan føle verdigheten sin truet. Dette kan svikte pasientens opplevelse av egenverd, identitet og selvbilde (Solvoll, 2005). Følelsen av sårbarhet er større hos alvorlig syke pasienter med kort forventet levetid enn hos andre pasientgrupper (Bøe, 2008). Tranøy (2005) hevder at selv om integritet er et begrep det er vanskelig å definere, så er det tett knyttet opp mot menneskelig verdighet. Med dette menes da at krenking av integritet er en krenking av et menneskes verdighet. Respekt for pasientens integritet vil si å respektere pasientens ønsker og grenser i forhold til pasientens sykdomsbilde og forventet forløp (Tranøy, 2005). Verdighet handler om å bli respektert, å bevare sin selvrespekt, sin individualitet og identitet som bekreftes gjennom fellesskap med familie, venner og medbestemmelsesrett (Aakre, 2001).

### ***2.3. Sykepleie til den terminale pasienten***

Omsorg og pleie av døende har blitt utført med naturlighet gjennom alle tider i alle kulturer uansett alder, erfaring og utdanning. I de senere årene har denne form for pleie blitt den kanskje aller viktigste sykepleieroppgaven fordi de fleste mennesker nå dør på institusjon. En verdig livsavslutning og det å kunne bidra til dette kjennetegner sykepleie av høy kvalitet. Sykepleie ved livets slutt krever innlevelse, erfaring og engasjement av sykepleieren, og mange vanskelige etiske dilemmaer kan oppstå i pasientens siste fase i livet (Kirkevold, M. 2008).

Den terminale pasienten er en betegnelse som ofte blir brukt om pasienter med kort forventet levetid. I Norge bruker vi benevnelsen terminal pleie, pleie i terminalfasen eller palliativ pleie om sykepleie til denne pasientgruppen. Et mindre ”teknisk” uttrykk er ”omsorg i livets slutfase”. I andre land brukes ofte benevnelsen palliative care eller end-of-life (EOL) care.

Det er laget flere definisjoner på terminal pleie, en av den er skrevet av Axel Engberg Pallesen, dansk lege og lektor:

*”Terminal pleje er plejen af en patient i den sidste fase af en til døden førende sygdom, og den er i de fleste tilfælde opfattet som plejen, når de aktive behandlingsformer ikke mer er relevante”* (sitert i Christoffersen & Gamborg, 1996, s. 11).

Terminal pleie har ikke helbredelse eller forlenget levetid som mål, men omhandler palliativ behandling, pleie og omsorg, slik at pasienten oppnår en optimal lindring, velvære og livskvalitet inntil døden inntreffer. Omsorg for pasientens pårørende avsluttes ikke nødvendigvis når pasienten dør, men kan fortsette etter pårørendes ønsker og behov (Christoffersen & Gamborg, 1996).

Rammene for terminal pleie er nedfelt i lovverket, og verdensomfattende organisasjoner som WHO og FN har retningslinjer som omhandler terminal pleie og rettigheter til en verdig død. Sosial- og helsedepartementet (NOU 1999:2) foreslår hvordan behandling av uhelbredelig syke og døende kan organiseres for å gi hvert enkelt menneske en så god behandling, pleie og omsorg at til tross for begrenset levetid og endringer i funksjonsdyktighet, slik at livet oppleves som verdifullt og med mening. Terminal pleie er sammensatt og komplisert grunnleggende sykepleie som krever sterk kompetanse som innebærer både kunnskap, praktiske evner og personlige holdninger. Helhetlig sykepleie er grunnlaget, og pasientens individuelle fysiske, psykiske, sosiale og åndelige behov skal ivaretas på tilfredsstillende måte. I tillegg er ivaretagelse og samarbeid med pårørende en viktig faktor når det gjelder pasienter som ikke skal bli helbredet men som går mot avslutning på livet (Bondevik, 2006).

### **2.3.1. Fysiske behov**

Terminal pleie vedrørende fysiske behov har som mål å lindre fysiske plager og øke pasientens velvære. Pasientens opplevelse av ubehag og smerte er en helt individuell, subjektiv og sammensatt opplevelse, og kan være uttrykk for både fysiske, psykiske, sosiale og åndelige plager eller problemer. Smertelindring må dermed være helhetlig sykepleie da fysisk smerte forsterkes av plager som ikke er av fysisk art (Bondevik, 2006).

### **2.3.2. Psykiske behov**

De psykiske behovene hos en terminal pasient, er like kompliserte og individuelle som psykiske behov hos friske mennesker. Døden medfører tapsfølelse på flere plan, bl.a. tap av selvkontroll, tap av livet og tap av menneskverd, og følelsen av angst, depresjon, og å være til bry kan igjen føre til fysiske smerter. Gjennom sykepleie må vi derfor vise pasienten at selv om livet går mot en avslutning, så er pasienten like verdifull, og pasienten trenger å føle at han kan dø med fred, verdighet og respekt (Bondevik, 2006).

### **2.3.3. Sosiale behov**

En døende pasient har også sosiale behov på lik linje med friske mennesker. Det føles trygt å ha pårørende rundt seg, og mange frykter å måtte dø alene. Kommunikasjonen mellom pasient, pårørende og helsepersonell er her avgjørende for om de sosiale behovene blir dekket. Personalet må formidle trygghet uten å utføre sykepleie som en dagligdags rutinemessig oppgave. Helsepersonellet skal medvirke til å lindre pasientens sosiale smerter så godt det lar seg gjøre ved å formidle empati, omsorg og nærvær (Bondevik, 2006). Pasienten selv har ofte tanker om døden som de ønsker å formidle til andre enn de nærmeste pårørende (Husebø, 2006).

### **2.3.4. Åndelige behov**

Alle mennesker har i et helhetlig menneskesyn-perspektiv rett til å bli møtt med respekt for sin tro, verdier og livssyn. Åndelige, eller eksistensielle behov, og spørsmål som er knyttet til livssyn blir ofte forsterket når et menneske opplever alvorlig helsesvikt og blir bevisst på at døden nærmer seg. Døende pasienter kan føle behov for å løse opp i tidligere konflikter, ubearbeidede forhold, lette på samvittigheten og oppsummere livet sitt (Bondevik, 2006). Noen føler frykt for døden mens andre har noen eller noe å "komme hjem til" (Husebø, 2001). Åndelig omsorg kan i slike tilfeller være å formidle kontakt med en person som kan dekke pasientens åndelige behov, som for eksempel en prest, kreftsykepleier eller annen person som pasienten føler tiltro til. Ofte kan åndelig omsorg være å være tilstede for pasienten og lytte og

utføre handlinger som pasienten har uttrykt ønske og behov om. Åndelig omsorg krever faglig dyktighet og ikke minst personlige egenskaper (Bondevik, 2006).

#### **2.4. Pårørende**

Når en pasient ligger på det siste innebærer sykepleien også omsorg og støtte til pasientens pårørende. Ofte er mange av pasientens behov relatert til pårørende, og god støtte til pårørende er dermed god støtte og verdig omsorg til pasienten. I noen tilfeller har pårørende tatt på seg for stort ansvar i forhold til pasientens ønsker ved livets slutt, og føler seg hjelpeløse da avslutningen ikke har gått helt som planlagt ved at for eksempel pasienten har sterkere smerter og ubehag enn forventet, livsavslutning i hjemmet ikke lenger ble mulig, pasienten blir overflyttet fra sykehus til sykehjem osv. Pårørende kan også ha frykt for døden og føler sorg fordi de er i ferd med å miste en de har kjær. Tilstrekkelig og tilpasset informasjon, åpenhet om døden og avlastning er nødvendig og viktig, og kan muliggjøres ved å formidle trygghet til pårørende slik at de tillater seg å ta pauser for å spise, sove, koble av litt. Når døden har inntruffet trenger pårørende å få ta farvel med den døde og må få bruke den tiden de trenger (Bondevik, 2006).

#### **2.5. Kommunikasjonens betydning**

Å bli alvorlig syk er en stor belastning for pasient og pårørende, en såkalt krise. Elisabeth Kübler Ross (1926-2004), amerikansk psykiater, opplevde gjennom sitt arbeid med døende pasienter at psykologiske prosesser pasientene gjennomgikk var stadier som benektning, sinne, kjøpslåing, depresjon og akseptering (Renolen, 2008). Å gi helhetlig sykepleie i slike situasjoner utfordrer sykepleiernes kommunikasjonsferdigheter. Grunnleggende kommunikasjonsferdigheter som å kunne lytte, skape likeverdige relasjoner, samarbeide om å finne løsninger, strukturere samtaler og formidling av budskap er krevende oppgaver, og pasientens og i noen tilfeller pårørendes mulighet til å møte sykepleier i slike situasjoner avhenger av hvilket stadium de er på i krisehåndteringen (Eide & Eide, 2007). Åpne samtaler om døden bidrar til trygghet og reduserer angst hos pasient og pårørende. Det kreves mot for å lytte og bidra i samtaler om et slikt vanskelig tema (Husebø, 2001). Samtaler og avgjørelser som omhandler pasienten kan diskuteres mens pasienten enda er i stand til det og har mulighet til å være delaktig. Behandlingsprioriteringer, viktige målsetninger og beslutninger kan tas før

det er for sent, og det er mulig å lage en plan for palliativ behandling som sikrer lindrende tiltak for pasienten og fremmer mulighet for helhetlig sykepleie (Husebø, 2001).

## **2.6. Hospice-filosofien**

Hospice-filosofien ble grunnlagt av Dame Cicely Saunders ved St. Christopher's Hospice i London. Hospice-filosofien har som hovedtrekk hele familien i fokus, full lindring av alle plager, spesielt smerte, utnytte og styrke pasienten og familiens indre verdier m.m. (Hjort, 2008). Hospice-ideologien baseres på barmhjertighet, åpenhet, medbestemmelse og respekt for liv og menneskers verdighet. NOU 1999:2 slår fast at verdigrunnlaget for omsorg ved livets slutt bør bygge på Hospice-ideologien (NOU 1999:2). Det er 4 palliative enheter i Norge som bruker Hospice i navnet sitt, og disse finnes i Oslo, Hamar, Ringerike og Bærum (Normann, 2010).

## **2.7. Sykepleieteori**

### **2.7.1. Kari Martinsen og omsorg**

Kari Martinsen er utdannet sykepleier, har spesialutdannelse i psykiatrisk sykepleie og er dr.philos. Martinsen har vært ansatt i lang tid ved Universitetet i Bergen, ved Danmarks sykeplejerskehøjskole ved Aarhus Universitet og ved Høgskolen for Diakoni og sykepleie i Oslo. Martinsen er også forfatter og redaktør av flere bøker innen sykepleie. Kari Martinsen ble kåret til årets sykepleier av Norges Sykepleierforbund i 2010. Martinsens sykepleieteori blir ofte kalt omsorgsteori fordi omsorg er det viktigste elementet i hennes sykepleieteori, og hun definerer begrepet omsorg på en grundig måte, og sier bl.a. i *Den omtenkssomme sykepleier* (1993) at det typiske for omsorg er en gjensidighet hvor vi gir omsorg til andre uten å forvente noe tilbake, noe som jeg sammenligner med palliativ eller terminal pleie, pleie og stell av de døende, svakeste pasientene. Martinsens omsorgsfilosofi bygger på et kollektivistisk menneskesyn som igjen bygger på at mennesker er gjensidig avhengig av hverandre. Denne avhengigheten legger grunnlag for felles sårbarhet og solidaritet mellom mennesker (Martinsen, 2003).



### **2.7.2. Omsorgens relasjonelle, praktiske og moralske prinsipper**

Martinsen deler omsorgsbegrepet inn i 3 prinsipper; det relasjonelle, praktiske og moralske. Tillit skapt gjennom solidaritet og empati med de svake og hjelpetrengende er en grunnleggende verdi i Martinsens teori, og danner utgangspunkt for omsorg. Martinsen kaller dette det relasjonelle prinsipp (Martinsen, 1993).

Det praktiske prinsipp omhandler sykepleiers handlingsmønster og evne til å utføre sykepleie på en slik måte som gjør det mulig for pasienten å kjenne igjen handlingene, å forstå hva som skjer og føle seg likeverdig. Slik omsorg krever empati, engasjement og et gjensidig tillitsforhold mellom sykepleier og pasient i tillegg til faglig kompetanse (Martinsen, 1993).

Martinsens moralske prinsipper omhandler at sykepleier og pasient må ha et likeverdig forhold der sykepleier ivaretar pasientens autonomi på best mulig måte og at sykepleien må foregå på pasientens premisser (Martinsen, 1993). Det er kvaliteten i relasjonen som er viktig. Omsorgsmoral må læres gjennom erfaring, og moralske beslutningen tas ut i fra våre verdier og integritet (Martinsen, 2003).

### **2.7.3. Kari Martinsen og faglig skjønn**

Faglig skjønn er et begrep Martinsen (1993) understreker betydningen av i omsorgshandlinger. Faglig skjønn består av to hovedkomponenter. Den ene komponenten er bruk av naturlige sanser som berøring, lukt, syn samt personlig engasjement for å kunne sette seg inn i pasientens situasjon, og deretter utføre handlinger sammen med og for pasienten og gjennom gjensidighet finne og vekke til live pasientens livsmot. Den andre komponenten er den kunnskap og kompetanse vi har tillært oss gjennom utdanning og erfaring. Sammen kaller Martinsen dette for faglig skjønn, eller praktisk moralsk handlingsklokskap (Martinsen, 1993).

### **3.0. Metodedel**

Metode og vitenskap er begreper som henger nøye sammen. Metoden hjelper oss å samle inn data, den er redskapet vi bruker når vi prøver å finne og etterprøve ny kunnskap. Dalland definerer metode på denne måten: ”...framgangsmåte for å frambringe kunnskap eller etterprøve påstander som framsettes med krav om å være sanne, gyldige eller holdbare” (Dalland 2007 s.81).

#### **3.1. Litteraturstudie som metode**

Det finnes ulike forskningsmetoder, og vi må velge den metoden som gir oss gode data og belyser våre spørsmål på en faglig interessant måte. Kvantitative metoder omformer informasjon til målbare enheter som gjør oss i stand til å regne ut komponenter som gjennomsnitt, prosenter og mengder. Kvalitative metoder måler meninger, følelser og opplevelser og bidrar på denne måten til en bedre forståelse av samhandling og samfunnet vi lever i (Dalland, 2007).

Jeg har valgt å gjøre en litteraturstudie i besvarelsen av denne oppgaven. Det er en studieform jeg har god erfaring med gjennom snart 3 års sykepleiestudie, og en slik metode for innsamling av data gir meg tilgang til mye litteratur som jeg kan bruke for å svare på min problemstilling og som er positivt med tanke på den strenge tidsrammen. En litteraturstudie innebærer å systematisk søke, kritisk granske og sammenfatte litteratur innenfor et emne eller problemområde (Forsberg & Wengström, 2008). Jeg har i meget høy grad brukt tid på finne primærlitteratur, men har vært nødt til å bruke sekundærlitteratur innenfor noen tema i oppgaven. Ifølge Forsberg og Wengström (2008) er det nødvendig å være kritisk i analysen og vurderingen av litteratur fordi i en litteraturstudie kan mengden litteratur være enorm, og mye av det som blir lest kan være både usant og irrelevant. Man må også være klar over at data man finner kan være usanne eller unøyaktige. Derfor må man være kritisk i valg av kilder. Litteraturstudien har også etiske aspekter som å ta med begge sider hos en sak selv om jeg kan være uenig, ikke retusjere eller pynte på resultat, bruke artikler med egne avsnitt om etikk eller artikler som er godkjent av forskningsetisk komitè (Forsberg & Wengström, 2008).

## **3.2. Litteratursøk**

Se vedlegg 1.

## **3.3. Kildekritikk og bearbeiding av data**

I denne oppgaven har jeg brukt ulik litteratur som grunnlag for drøftingsdelen. Jeg har brukt lovverk, forskrifter, retningslinjer, fagartikler, forskningslitteratur og pensumlitteratur for å få bredde i studiet mitt og få et vidt syn på problemstillingen, og har studert mye mer litteratur enn hva litteraturlisten og kildehenvisningene tilsier. Jeg har tilstrebet å bruke primærlitteratur for å ha høy validitet og har vært kritisk til kildene jeg har brukt i oppgaven. Jeg har brukt gyldige databaser ved artikkelsøk og har gjennom disse søkene også funnet faglitteratur som jeg da har brukt som primærkilde for å supplere i teoridelen. For å vurdere artiklene har jeg brukt sjekklister fra Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten som jeg har lagt ved oppgaven. Sjekklistene er basert på internasjonale verktøy for kritisk vurdering (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt & Reinar, 2008) og finnes som vedlegg 3 i oppgaven.

Siden oppgaven min i stor grad har en etisk vinkling har jeg brukt kvalitativ forskning som grunnlag fordi den forsker på menneskelige følelser, holdninger og opplevelser. Datasamlingsmetoden er som oftest gjennom intervju eller observasjon. Analyse av slik forskning er ofte deskriptive, beskrivende analyse uten å analysere (Nortvedt et al., 2008). Fordelene med kvalitativ forskning er utvalget får mulighet til å begrunne og utdype sine meninger. På den annen side er denne formen for datasamling tidkrevende og samtidig er utvalget fåtallig og resultatene kan derfor ikke ses på som representativt for allmennhetens opplevelse eller mening. Ved kvalitative studier risikerer man også å få usanne svar fordi utvalget ikke svarer ærlig pga. for eksempel ledende spørsmål (Dalland, 2007).

Oppsummert forskning har som formål å gjøre kunnskap lettere tilgjengelig og viser hva som finnes av forskning relatert til et tema eller problemstilling. Derimot kan resultatene gi et usant bilde hvis forfatteren forholder seg til studier som støtter hans synspunkt (Nortvedt et al., 2008). Gjerberg, Bjørndal & Forsetlunds (2009) artikkel "*Har opplærings tiltak i sykehjem betydning for pleie og omsorg i livets slutfase?*" viser at resultatene ikke er troverdig pga ulik

design og vanskeligheter med å tolke og sammenligne data. Jeg valgte likevel å bruke artikkelen fordi jeg ønsket en slik artikkel i oppgaven, og denne viste at det er behov for undervisningsprogram når det gjelder omsorg og pleie ved livets slutt. Den viste også at for å måle effekten av undervisning må studiedesignet være tilrettelagt dette.

Det finnes mye litteratur om terminalpleie og palliasjon. Derimot var det vanskeligere å finne artikler som dro inn etikken i emnet. Jeg ønsket i tillegg å skrive om pasienter på korttidsavdelinger på sykehjem fordi de skiller seg ut fra sykehuspasienter og fra de som bor på sykehjem, som har langtidsplass. Det var vanskelig å finne engelskspråklig forskning om korttidsplasser på sykehjem, men de to norske artiklene fra Sykepleien Forskning belyser to ulike sider som er relevant for oppgaven min, nemlig hva må til for at det skal føles verdig å dø på sykehjem, og hvilke etiske spørsmål står helsepersonell ovenfor i arbeid på sykehjem og i hjemmetjenesten. Studien er ikke rettet direkte mot korttidsavdelinger men jeg fant artikkelen relevant likevel fordi det er sannsynlig at korttidsavdelinger er med i studiet. En systematisk tabell inneholder presentasjon av forskningsartikler brukt i oppgaven og finnes som vedlegg 2.

Jeg har gitt lovverk, forskrifter og offentlige utredninger stor plass i oppgaven. Den nyeste forskriften tredde i kraft 1. januar d.å. Utover dette vil jeg gjerne trekke frem bøkene til Husebø & Husebø (2001) og Aakre (2001). Ekteparet Husebø er svært annerkjent for deres sykehjemsfilosofi og arbeid for eldre og sykepleie ved livets slutt (Falck-Pedersen, T. 2001). Marie Aakre (f. 1947) er leder for Faglig Etisk Råd og har mottatt en del utmerkelse for sitt arbeid innenfor kreft- og pasientomsorg (Norsk Sykepleieforbund, 2009).

### ***3.4. Faglige etiske aspekter***

Denne oppgaven omhandler i stor grad etiske spørsmål, og jeg har brukt kvalitative forskningsartikler som grunnlag for min besvarelse i tillegg til pensumlitteratur og annen litteratur jeg har funnet relevant for oppgaven. Jeg har pga. opplevelser i praksis bevisst lest litteraturen med et objektivt blikk for å ikke velge side i en sak, men på en slik måte at jeg har lært mest mulig og fått bredde i mitt studie. Jeg har vært nøyaktig med tanke på tolking, vurdering av funn og ved omgjøring av resultat til mitt personlige kildemateriale.

## **4.0. Resultat/funn**

### **4.1. *Etikk i sykehjem og hjemmetjenester***

Forfattere: Bollig Georg, Pedersen Reidar & Førde Reidun

År: 2009

Tilgjengelig: Sykepleien Forskning

Type artikkel: Kvalitativ forskningsartikkel

Artikkelen inneholder en litteraturgjennomgang av empirisk forskning om etiske utfordringer og systematisk etikkarbeid i hjemmetjenester og på sykehjem. Bakgrunn for dette er at helsepersonell og politikere i Norge ønsker å styrke etikkarbeidet innenfor disse områdene. Det ble derfor utviklet et spørreskjema som ble benyttet i en pilotstudie der 19 ledere og helsepersonell fra sykehjem og hjemmetjenester ble intervjuet pr telefon om etiske utfordringer og etisk arbeid. Resultatene viser at det finnes mange og til dels sammensatte etiske utfordringer både i arbeid på sykehjem og i hjemmetjenesten. De etiske dilemmaene som oftest ble nevnt var som følge av mangel på ressurser og de etiske utfordringene ved livets slutt. Dette samsvarer med studier fra andre land, og det konkluderes med at systematisk etikkarbeid bør styrkes i sykehjem og i hjemmetjenesten. Dette vil være med å forbedre kvaliteten på helsetjenestene, og lettere gjøre og forbedre håndteringen av etiske dilemmaer. Det understrekes at også leger, pasienter og ufaglærte bør være med i utarbeiding og evaluering av de tiltak som iverksettes.

## **4.2. *Er sykehjemmet et verdig sted å dø?***

Forfatter: Steindal Simen & Sørbye Liv Wergeland

År: 2010

Tilgjengelig: Sykepleien Forskning

Type artikkel: Kvalitativ forskningsartikkel

Det er et sentralt mål for palliativ og terminal pleie at man så langt det er mulig unngår å overflytte pasienter fra sykehjem til sykehus. Denne artikkelen omhandler pårørendes opplevelse av sine nærmestes siste levedager. Målet med undersøkelsen er å belyse og drøfte faktorer som kan bidra til at pårørende føler at deres nærmeste får en verdig død på sykehjemmet. Metoden i undersøkelsen er intervjuer av nærmeste pårørende til 50 pasienter som døde etter overflytting fra sykehjem til sykehus. Det var tre hovedtema som gikk igjen i datamaterialet; forventninger og tillit til personalet, pårørende som den gamles advokat og sykehuset som symbol på verdig død. Det ble konkludert med at en verdig død på sykehjem krever høyere kompetanse innen palliativ behandling hos personalet, god kommunikasjon mellom personale og pårørende, og helsepersonell som snakker norsk.

### ***4.3. Dignity and the challenge of dying in nursing homes: the residents' view***

Forfatter: Pleschberger Sabine

År: 2007

Tilgjengelig: Oxford Journals

Type artikkel: Kvalitativ forskningsartikkel

Over hele verden er det en voksende interesse og stadig publiseres debatter som omhandler omsorg, verdig livsavslutning og palliativ pleie. Sykehjem har stadig større betydning når det gjelder livets slutt i vestlige samfunn, og det er dokumentert at denne form for sykepleie på sykehjemmene mangler kvalitet. Målet med undersøkelsen i denne artikkelen er å utforske betydningen av verdighet med hensyn til spørsmål som omhandler livets slutt, fra perspektivet til eldre sykehjemsbeboere i Vest-Tyskland. Denne kvalitative studien er basert på "Grounded Theory Approach", en systematisk innsamling av data/opplysninger gjennom intervjuer og observasjoner og som blir omgjort til kvalitativ data/forskning. I denne studien er narrative intervjuer med beboere på sykehjem den viktigste datasamlingen. Begrepet verdighet ble differensiert i intrapersonal verdighet og relasjonell verdighet, som for eksempel sosiale relasjoner, noe som gjenspeiler sårbarheten hos sykehjemspasienter fordi de ofte mangler sosialt nettverk. Studien understreker denne høye sårbarheten hos sykehjemspasienter nettopp fordi de selv pga behovet for hjelp og omsorg setter sin egen verdighet i tvil. Det konkluderes med at man må øke forståelsen for begrepet verdighet, øke forståelsen for at verdighet og verdi er to forskjellige begrep, at verdighet ikke betyr hvor høyt sosial verdsatt man er. Dette er meget viktig nettopp med tanke på at de som deltok i denne undersøkelsen selv følte seg som skrøpelige, gamle og til byrde.



#### ***4.4. Har opplæringstiltak i sykehjem betydning for pleie og omsorg i livets slutfase?***

Forfatter: Gjerberg Elisabeth, Bjørndal Arild & Forsetlund Louise

År: 2009

Tilgjengelig: Kunnskapssenteret

Type artikkel: Oppsummert forskning

Denne rapporten er en del av et prosjekt av Sosial- og helsedirektoratet for å vurdere effekten av opplæringstiltak til helsepersonell ansatt på sykehjem med hensikt å øke deres kompetanse innenfor pleie og omsorg til pasienter i livets slutfase. Rapporten er en systematisk kunnskapsoversikt laget på bakgrunn av omfattende litteratursøk, og oppsummerer resultat fra 5 amerikanske studier som har forsket på effekten av opplæring og holdnings- og atferdsendring blant helsepersonell på sykehjem med tanke på å forbedre kvaliteten på pleie og omsorg i livets slutfase. Studiene har hatt ulike design og fokus. Resultatene var meget varierte men viser til dels at opplæringsprogram har en viss positiv effekt. Derimot konkluderes det med i artikkelen at studiene har vært av dårlig kvalitet pga ulikheter i intervensjon og utfall, og det er behov for mer standardiserte opplæringsprogram utført på en slik måte at det er mulig å måle effekt av undervisningen.

## 5.0. Drøfting

I denne delen av oppgaven min vil jeg drøfte hva begrepet verdig livsavslutning innebærer for døende pasienter på korttidsavdeling på sykehjem. Jeg vil drøfte verdighetsbegrepet og helhetlig sykepleie opp mot kravet om faglig forsvarlighet, belyse hvilke utfordringer som finnes i verdig sykepleie og foreslå tiltak som bidrar til verdighet. Drøftingen vil omhandle sykepleier, pasient og pårørende.

Problemstilling som danner bakgrunn for drøfting er:

*”Hva er en verdig livsavslutning etter kravet om faglig forsvarlig sykepleie hos pasienter i terminal fase på sykehjemets korttid/rehabiliteringsavdeling?”*

### 5.1. **Verdig og faglig forsvarlig livsavslutning på korttid/rehabiliteringsavdeling**

Pasienter i terminalfasen har egne forskrifter, prosedyrer og retningslinjer som skal sikre pasientgruppen en helhetlig omsorgsfull sykepleie og ivaretagelse av sin verdighet ved livets slutt, bl.a. NOU 1999:2, Verdighetsgarantiforskriften (2010) og FNs retningslinjer (1975) i tillegg til Pasientrettighetloven (1999), Kommunehelsetjenesteloven (1982) og lover som bl.a. regulerer helsepersonellens arbeid. Derimot sier lovverket lite om hvordan verdig sykepleie skal utøves. Å ivareta pasientens verdighet krever kunnskap og erfaring langt utover det lovverket beskriver som krav om kvalitet. Martinsen (1993) kaller dette faglig skjønn, Bondevik (2006) kaller det helhetlig sykepleie og Hjort (2008) bruker begrepet Hospicefilosofi. Sett i et slikt lys er de internasjonale yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere (2006), og sykepleieres opparbeidete kompetanse, holdninger og verdier en viktigere grunnstein i sykepleien, og en bedre kvalitetssikring for pasientene slik også Slettebø (2008) hevder, enn lovverket, men stiller da også større krav til sykepleierne.

Sykepleieteoretiker Kari Martinsen (1993) sier seg enig med Slettebø når hun omtaler omsorg som en solidaritet mellom mennesker, og at slik omsorg krever engasjement og personlige egenskaper i tillegg til faglig kompetanse, det hun til sammen kaller faglig skjønn. Videre

mener Martinsen at mennesker er avhengig av sosialt samvær med andre mennesker, spesielt når man er i en sårbar posisjon og livet går mot slutten. Det er rimelig å si at Martinsens teori og resultat fra Pleschbergers (2007) forskning også samsvarer, da det her kommer frem at pasientene føler de i sterkere grad mister sin verdighet når det sosiale nettverket deres forsvinner. En konsekvens av dette er den forsterkede følelsen av sårbarhet som igjen kan føre til økt frykt og smerte. Jeg har selv opplevd i praksissammenheng på korttidsavdeling at pasienter uttrykker større ubehag på dager og tidspunkt der de har vært mye alene, noe som underbygger både forskning og sykepleieteori. Pleschbergers (2007) funn viser at pasienters følelse av verdighet også synker når behovet for hjelp stiger fordi pasientene føler seg til byrde både for pårørende og helsepersonellet, noe som forsterker deres lidelse og påvirker deres identitet. Derimot sier Bondevik (2006) at å bli møtt med respekt vil hjelpe et døende menneske til å bevare sin integritet og verdighet, noe også Kirkevoll (2008) støtter ved å skrive at verdighet krever omtanke, engasjement og følelsen av å bli sett.

En korttidsavdeling kan ha plasser som er reservert til rehabiliteringsformål. Dette fordi kommunene forplikter i følge Kommunehelsetjenesteloven (1982) §1-3 å ha plasser disponible for rehabilitering. Pasientene på rehabiliteringsopphold kan ha behov for opptrening etter lårhalsbrudd, nevrologiske lidelser, hjerteinfarkt, hjerneslag og annen generell rehabilitering. I motsetning til døende pasienter har denne pasientgruppen ofte tett tverrfaglig oppfølging og plan for aktivitetsmål. En konsekvens av dette, og dette har jeg selv erfart i praksis, er at det blir brukt mye tid og ressurser på slike pasienter da de har behov for tilfredsstillende ernæring, de må gjøres klar for trening, det er krav om ekstra aktiviteter utenom de tverrfaglige øktene m. m. På en annen side har pasientene et mål å nå, de skal opp, fram, rehabiliteres, og med det tverrfaglige teamet som støttespiller i tillegg til deres skriftlige vedtak om opphold på *rehabilitering* så oppstår det en forventning om at pasientene skal ha fremgang, en optimisme, noe som utløser en følelse av at disse pasientene er spesielt viktige. Sett i et slikt lys er det rimelig å si at det kan føles viktigere å aktivisere en pasient med halvsidig lammelse og få han/henne med på aktivitet i dagligstuen enn å være til stede på pasientrommet hos en terminal pasient som hviler fordi det føles tryggere og mer gjenkjennelig å gjøre en aktivitet sammen med andre og det stiller ikke like store krav til kompetanse som samtaler om eksistensielle spørsmål eller forløp i en sykdom gjør.

En mulig årsak til vanskeligheter med kommunikasjon rundt døden er at vi kanskje er redd for å gi så mye av oss selv. Husebø (2001) sier det krever mot og erfaring for å snakke om døden. I følge Steindal & Sørbye opplevde pårørende at helsepersonellet i stor del besto av ufaglærte, og det er derfor rimelig å anta at mangel på kompetanse og erfaring innen palliativ omsorg, og spesielt innenfor det sosiale og åndelige, gjør at helsepersonell ikke utfører tilfredsstillende sykepleie på dette feltet. Man må ta i betraktning at sykepleiere som i stor grad innehar den høyeste kompetansen har sykepleiefaglige oppgaver å gjøre som dosett-tillaging, sårskift, blodprøver, hjelpe til i kompliserte stell m.m. Kirkevoll (2008) mener det er en påkjenning for helsepersonell å ikke ha god nok kunnskap til å kunne svare på viktige spørsmål, men også å ha kunnskapen men ikke klare å formidle den på en omsorgsfull og respektfull måte.

Faglig forsvarlighetskravet stiller ikke identiske krav til pleie og omsorg for døende pasienter og pasienter med helbredelsesmål, og for det første er behov som lindrende behandling, tilstrekkelig og kontinuerlig informasjon, kommunikasjon og ivaretagelse av de sosiale og eksistensielle behovene ofte viktigere for pasienter med kort forventet levetid, slik det kommer frem i Pleschberger (2003) og Steindal & Sørbyes (2010) studier. For det andre underbygges dette av Husebø & Husebø (2001), Aakre (2001) og FNs retningslinjer for en verdig død (1975). I tillegg knytter Martinsen (2003) holdninger og verdighet sammen med faglig kompetanse slik at forsvarlig sykepleie til døende pasienter inkluderer sosial og åndelig omsorg, empati og tilstedeværelse. Korttids- og rehabiliteringsavdelinger er ofte preget av meget høyt tempo, og resultat fra Bollig, Pedersen og Førdes (2009) studie støtter dette da sykepleiere i deres undersøkelser forteller om moralsk stress fordi pasienter ligger mye alene, de får for lite tid hos hver pasient og for lite tid til å i det hele tatt reflektere over situasjoner som oppstår og må innhente informasjon hos andre i personalgruppen. Sett i et slikt lys er dette da lovstridig i følge både menneskerettigheter, lover, NOU'er og retningslinjer fordi sykepleier ikke har kvalifikasjoner til å kunne kontrollere situasjonen på en hel avdeling uavhengig om hun har annet helsepersonell til å hjelpe seg, noe som igjen kan anses som faglig uforsvarlig. En konsekvens av dette kan være feil- eller underernæring, manglende smertelindring, komplikasjoner og tilleggslidelser, og mye, mye mer (NSF, 2008). Norges Sykepleierforbund oppfordrer i slike situasjoner om å rapportere forholdene skriftlig men av erfaring fører avviksmeldinger sjelden frem til konkrete forbedringer fordi det i mange tilfeller er mangel på menneskelige ressurser som er årsaken til avvikene, og kommunene har ikke midler til å opprette flere stillinger. Det anses som uverdige å flytte en terminal pasient til

sykehus for lindrende behandling og man prøver i det lengste å unngå dette. Derimot krever terminalsykepleie som nevnt tidligere god kompetanse for å lindre ubehag og smerter som kan oppstå. Opplevelser med terminale kreftpasienter som ikke har hatt tilstrekkelig smertelindring på sykehjemmet, og hjertesviktpasienter som har hatt voldsomme plager med lungeødem er skremmende og gjør dypt inntrykk. Jeg har opplevd at terminale pasienter blir sendt til sykehus fordi de pårørende har vært så fortvilet over situasjonen og enslig sykepleier på kveldsvakt har tatt avgjørelsen alene om å ringe 113.

I kontrast til kravet om kvalitet og verdighet uttrykker i følge Steindal & Sørbye (2010), pårørende misnøye med omsorgen deres kjære mottok på sykehjemmet da livet gikk mot slutten. For det første opplevde de at legen var for sjeldent på legevisitt, for det andre var ikke pasientene godt nok lindret for smerter og ubehagelige symptomer, for det tredje følte pårørende at kunnskap og kompetanse blant personalet var for dårlig og avdelingen var for dårlig bemannet og for det fjerde var kommunikasjon et problem fordi det var flere av helsepersonellet som ikke snakket norsk tilfredsstillende. Riktignok står det ikke beskrevet i artikkelen hvilken form for sykehjemsavdeling undersøkelsene gjaldt, men det er rimelig å anta at pårørende til døende pasienter på korttidsavdeling også ville reagert på forholdene på samme måte, om ikke sterkere, hvis man ser på resultater fra Elisabeth Kübler Ross' studier i Renolen (2008).

NOU 2004:18 deler inn forsvarlighetskravet i en kvalitativ, en kvantitativ og en tidsmessig bestanddel. Rettere sagt må helsetjenestene ha tilfredsstillende kvalitet, de skal utføres i tide og ha tilfredsstillende rekkevidde. På den annen side består en korttidsavdeling ofte av en variert pasientgruppe med helt ulike, konkrete mål for oppholdet at det er vanskelig, om ikke umulig å utføre sykepleie etter kvalitetsforskriften (2003) fordi den forlanger at sykepleier kontinuerlig vurderer sine kvalifikasjoner og må innhente bistand, om nødvendig tverrfaglig bistand. Sett i et slikt lys og med bakgrunn i Pleschbergers (2007) forskning følte de terminale pasientene seg ivaretatt med verdighet når de ble sett og hørt, og fikk sine psykiske, sosiale og åndelige behov dekket. Imidlertid uttrykte pasientene det med motsatt vri; at de følte de *mistet* sin verdighet fordi de ikke ble sett og hørt. Det ble ikke nevnt behov som ernæring, søvn eller hygiene. Det er rimelig å si at minimumskravet til faglig forsvarlighet, som er at pasienten får dekket grunnleggende behov ikke er like viktig for terminale pasienter

som andre pasientgrupper, og som Martinsen (2003) sier, handler god sykepleie om å møte mennesker, og gi dem den omsorg, behandling og pleie de har krav på, en pleie som skal være preget av verdighet, tillit og respekt for det sårbare med mennesket.

## ***5.2. Hvilke etiske utfordringer dominerer sykepleien til terminale pasienter på en korttids/rehabavdeling?***

Som sykepleier står man nesten daglig ovenfor vanskelige valg som er faglige, menneskelige og økonomiske (Hjort, 2006). Pasienter som er alvorlig syke og som har kort forventet levetid er ekstra sårbare, noe som gjør situasjonen etisk utfordrende for sykepleier, og i motsetning til å pleie døende som bor på sykehjem, som har langtidsplass, inneholder ofte korttidsavdelingene som tidligere nevnt en mer variert sammensatt pasientgruppe med ulike diagnoser og mål for sykepleien. På den ene side kan dette ha positive sider som variasjon i arbeidsoppgaver og et aktivt og motiverende arbeidsmiljø mens på den annen side kan det skape store hindringer og vanskelig gjøre god sykepleie fordi pasientene har så ulike behov og helsepersonellet havner i stadige verdikonflikter, føler i sterk grad kampen mot klokken og kan bli overbelastet med for mye ansvar og dårlig samvittighet, slik Renolen (2008) beskriver og som også kommer frem i Bollig, Pedersen & Førdes (2009) forskningsartikkel.

Hjort (2006) forteller om 4 sentrale etiske dilemma innenfor pleie av døende; spørsmål om aktiv dødshjelp, spørsmål om når man skal avslutte aktiv behandling, ivaretagelse av pasientens autonomi i dødspleien, og spørsmål om lindrende behandling. Gjennom dette litteraturstudiet oppdaget jeg at verdig død og spørsmål om aktiv dødshjelp var vanlige etiske problemstillinger. Imidlertid er dette fremdeles forbudt i Norge, noe som understrekes i lovverket og i de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere (2008). Derimot har Nederland hatt lovlig aktiv dødshjelp siden 2002, og i følge Aakre (2001) som refererer til Rammelinkrapporten fra 1991, ønsket 35% av de som ba om aktiv dødshjelp, å dø fordi de ikke ville være til byr for andre, og 60% uttrykte tap av verdighet som hovedårsak til å ønske å dø. Det kan i første øyekast det virke barmhjertig å legalisere aktiv dødshjelp som et alternativ for pasienter som ønsker det, men på den annen side vil en slik løsning bare føre til økt press fra samfunnet, økt press på leger og sykepleiere, og også økt press på pasientene, med forventninger som er helt urealistiske. Spesielt med tanke på resultatene i rapporten.

Lindrende behandling kan imidlertid forkorte livet også, ved for eksempel bruk av morfin. Derimot er dette slik Aakre (2001) skriver, en bivirkning, og en god tatt behandling av allmennheten. For å understreke dette sier Martinsen (1993) at omsorg bygger på barmhjertighet, noe som fordrer tillit, trøst, verdighet og moral, og det er derfor ikke aktuelt for henne å kjempe for å legalisere aktiv dødshjelp. Norges Sykepleierforbund uttaler også i sine yrkesetiske retningslinjer (2008) at det ikke er akseptert med dødshjelp. På den annen side viser Martinsen (1993) forståelse for etiske vanskeligheter ved å avslutte livsforlengende behandling, men understreker at grunnlaget for livsforlengende behandling er at den skal være til pasientens beste. Aakre (2001) skriver om "et uverdige liv eller en verdig død" og mener med dette at når pasienten er kommet til sluttfasen skal sykepleieren dreie seg om lindring og ivaretagelse av pasient og pårørende uten å forlenge lidelsen. Ifølge Steindal & Sørbye (2010) følte pårørende seg bedre ivaretatt på sykehus enn sykehjem noe som kan skyldes bedre informasjon og et høyere kunnskapsnivå på sykehuset, og dermed en økt følelse av trygghet. Sett i et slikt lys er det grunn for å tro at økt kompetansenivå og bedre tilgang på menneskelige ressurser vil bidra til ivaretagelse av den døendes verdighet og pasientens pårørende.

Tidligere, i følge Aakre (2001), var døden mer naturlig. Nå finnes det så mange behandlingsmetoder og valgmuligheter at det kan være vanskelig å forsones seg med at døden nærmer seg. Døden blir ikke lenger sett på som en naturlig del av livet. Derimot opplever kanskje eldre døende at relatert til deres skrantende helse og stigende alder, så følger døden et sted i fremtiden, men likevel kan de elske det livet de har og ønske å leve. Ivaretagelse av pasientens autonomi er et av de etiske dilemmaene som blir oftest nevnt i Bollig, Pedersen & Førdes (2009) studie. Døende pasienter på korttidsavdeling har muligens hatt ønske om å dø hjemme, og har planlagt dette, men så har forløpet endret seg og sykehjem og korttids plass ble løsningen. Andre har kanskje blitt akutt syk og ikke hatt tid til å reflektere over ønsker for livsavslutning eller døden. Derimot er behovet for autonomi og medbestemmelse i like stor grad viktig å ivareta, men i motsetning til langvarige sykehjemsopphold har personalet, pasient og pårørende kortere tid til å skape relasjon og drøfte eksistensielle spørsmål. Avgjørelsen om å avslutte behandling tas av sykehjemmets lege, men pårørende stiller gjerne spørsmålet til sykepleieren fordi det er naturlig at spørsmålet på et eller annet tidspunkt dukker opp, og pårørende og pasientens ønske er med å avgjør beslutningen (Kaasa, 2007).

### ***5.3. Hvordan kan sykepleier bidra til verdighet i terminalfasen på en korttidsavdeling?***

Aakre (2001) skriver at verdighet opprettholdes ved å bevare pasientens selvrespekt og følelse av individualitet gjennom fellesskap med sine nærmeste og ved å få beholde sin autonomi. Det viktigste, mener Aakre (2001) er åpenhet rundt døden, det å fortelle sannheten om forløpet som venter, inkludere hele familien og selvsagt pasienten. Derimot lever vi i et behandlingsmotivert samfunn og som Aakre (2001) skriver, helsevesenet lover for mye. Media forteller solskinnshistorier om fantastiske nye medikamenter og behandlingsmetoder, men virkeligheten viser at selv om vi har mye større kunnskap nå enn for bare noen år tilbake, så mangler vi kompetanse på å formidle sannhet og trygghet om døden. Pasient og pårørende har ofte spørsmål relatert til prognose og forventet levetid, og det kan føles uttrykt og belastende å unngå å svare eller ikke ha tilstrekkelig kunnskap til å svare adekvat. Å snakke om døden krever også mot og tiltro til egen mestring (Husebø, 2009).

Kommunikasjonsvansker, og mangel på informasjon og tid for samtaler om eksistensielle spørsmål gjentas som problem av Steindal & Sørbye (2010). Sett i et slikt lys er det nettopp kunnskapsnivået og evnen til kommunikasjon som gjør at Steindal & Sørbye (2010) fremhever sykehus som en mer verdig plass å dø fordi de pårørende opplevde at sine nærmeste fikk bedre lindrende behandling og kommunikasjonen med sykepleiere og leger var mer tilfredsstillende i motsetning til på sykehjemmet der legen noen steder går visitt 1 gang i uken, og de opplevde at pasientene hadde ubehag uten at personalet hadde god nok kompetanse til å hjelpe. Martinsen (2003) advarer mot at vi skal bli for tekniske i sykepleien og at det skal fokuseres for mye på resultater og helbredelse, noe hun kaller vekstomsorg. Sett i et slikt lys har sykehjem kvaliteter som absolutt kan bidra til en verdig livsavslutning fordi pasientenes helsetilstand og alder, eller en kombinasjon av flere faktorer fører til en naturlig overgang fra hjemmet til sykehjem, og døden føles, om det er mulig å si det, naturlig, slik Kirkevoll (2008) også hevder. Derimot skiller korttidsavdelinger seg ut. Korttidsavdelinger på sykehjem inneholder i følge Hauge (2008) ofte plasser reservert for korttidsopphold, rehabiliteringsopphold og avlastningsopphold. Den varierte sammensetningen av pasienter og aktivitetsmål vanskeliggjør arbeidsoppgavene for helsepersonellet, og dette er med å forringe



kvaliteten på sykepleien, kanskje mest til de terminale pasientene fordi helsepersonellens personlige egenskaper har så stor betydning for dem. Det blir påpekt av Bollig, Pedersen & Førde (2009) at ressursmangel og etiske utfordringer vedrørende terminale pasienter er hyppigst registrert som etiske dilemmaer på sykehjem og i hjemmetjenesten.

Martinsen (1993) understreker at verdighet kommer som et resultat av sykepleierens handling, at verdigheten til pasientene blir opprettholdt gjennom sykepleiehandlinger som blir utført på grunnlag av et faglig blikk og vurderinger. På den annen side hevder Pleischberger (2007) at sykehjemsavdelingene er underbemannet og at en konsekvens av dette er begrenset samvær mellom pasienter og helsepersonell og dermed mindre tid til å skape relasjoner og til å reflektere over forandringer i pasientenes situasjon, de viktige eksistensielle samtalene og andre trygghetsskapende tiltak m.m. En terminal pasient er i et avhengighetsforhold til sykepleier, og ved å ha for liten tid til å sette seg inn i pasientens situasjon vil sykepleier, mulig uten å mene det selv, ikke utøve sykepleie på pasientens premisser men gjennom maktbruk gjøre pasienten enda mer sårbar.

Hvorfor er det så utfordrende og omfattende å opprettholde pasientenes verdighet i terminalfasen? Kirkevoll (2008) skriver at det må eksistere en omsorgskultur på sykehjemsavdelingen, en kultur som preger arbeidet til hver enkelt av helsepersonellet. Ifølge NOU 1999:2 bør terminalpleie bygge på Hospice-filosofien. Imidlertid krever Hospice-filosofien sterk kompetanse innenfor terminalomsorg, mye større kompetanse enn hva som finnes på en gjennomsnittlig korttidsavdeling på et kommunalt sykehjem der helsepersonellet består av sykepleiere, helsefagarbeidere, hjelpepleiere og ufaglærte i det daglige. Derimot er det i følge Bollig, Pedersen & Førde (2009) sterkt ønske blant ansatte i ulike nivå på sykehjem å øke sin kompetanse innenfor denne form for sykepleie, og spesielt innenfor det etiske arbeidet. En konsekvens av økt kunnskapsnivå vil være meget positivt med tanke på at nesten halvparten av helgebemanningen i 4 norske tilfeldige kommuner viser seg i følge å være ufaglærte.

## 5.0. Konklusjon

Gjennom studiet har jeg funnet at verdighet har stor betydning for terminale pasienter og deres pårørende. Opprettholdelse av respekt og muligheten til medbestemmelse er en av de viktigste faktorene for å unngå tap av verdighet. Å møte en pasient med respekt gjøres gjennom åpne samtaler med tid til å reflektere over eksistensielle spørsmål. Ivaretagelse av pårørende gjøres i form av åpen kommunikasjon, adekvat informasjon og tilstrekkelig kunnskap om pasientens forventede sykdomsforløp og lindrende behandling. Det er sterkt behov for og ønske om undervisning i palliativ omsorg for å øke kompetansenivået hos helsepersonell. Diskusjonen om faglig forsvarlighet og verdighet ved livets slutt handler om forskjellige aspekter, men de viktigste funnene viser at mer menneskelige ressurser tilgjengelig, økt kunnskap og holdningsendring vil ivareta den faglige forsvarligheten på korttids- og rehabiliteringsavdelinger også hvis de har terminale pasienter på avdelingen.

Sykepleier må ha kunnskap og kompetanse om de prosesser som inntreffer ved livets slutt, og ikke minst riktig holdning. Grunnlaget for god omsorg er engasjement, interesse og erfaring. Bakgrunnen for de etiske rammene er det lovfestede verdighetsbegrepet. Skillet mellom overtramp, tillitsbrudd og til omsorgsfull og verdig/uverdigg sykepleie kan være syltynn, og ofte vanskelig å definere, spesielt hvis noe går galt, slik jeg har vist til i både teori og forskning. Det er i mange tilfeller større mulighet for god omsorg og verdig livsavslutning til pasienter som dør hjemme med sine nærmeste rundt seg. Ideelt sett bør denne form for livsavslutning bli tilbudt til alle pasienter som uttrykker ønske om det. Økt vekt på etikk og kommunikasjon i alle utdanninger innen helsevesenet er en forutsetning for at palliativ omsorg kan utøves bedre. Regjeringen har lansert samhandlingsreformen, omsorgsplan 2015 og verdighetsgarantiforskriften som viktige elementer for å forbedre rammebetingelsene rundt eldre og deres livsavslutning.

## 6.0. Litteraturliste

- Bollig, G., Pedersen, R. & Førde, R. (2009). Etik i sykehjem og hjemmetjenester. *Sykepleien Forskning* 2009 4(3):186-187. Hentet 06. januar 2010 fra [http://www.sykepleien.no/ikbViewer/page/sykepleien/forskning/forskningsartikler/vis?p\\_document\\_id=279903](http://www.sykepleien.no/ikbViewer/page/sykepleien/forskning/forskningsartikler/vis?p_document_id=279903)
- Bondevik, M. (2006). Pleie og omsorg mot livets slutt. I: H. A. Nygaard (Red.), *Tverrfaglig geriatri. En innføring* (s. 145-152). Bergen: Fagbokforlaget AS.
- Blogg [bilde, Internett].  
Tilgjengelig fra <http://gloriam.blogg.no/images/411752-2-1244421603949-n400.jpg>
- Bøe, K. G (2007). *Verdige møter mellom helsepersonale og pasienter i livets slutfase. En profesjonsetisk tolkning av en kvalitativ empirisk studie*. Oslo: Akademika AS
- Christoffersen, S. & Gamborg, H. (1996). *Livet før døden – Terminal pleje*. København: G. E. C. Gads Forlag.
- Dalland, O (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Eide, H. & Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner. Samhandling, konfliktløsning, etikk*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Falck-Pedersen, T. (2001). Forord. I: Husebø, B. S. & Husebø, S, *De siste dager og timer – behandling, pleie og omsorg ved livets slutt*. Oslo: MEDLEX Norsk Helseinformasjon
- Forsberg, C. & Wengstrøm, Y. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Författarna och Bokförlaget Natur och Kultur.
- Forvaltningsloven (1967). *Lov om behandlingsmåten i forvaltningssaker av 2. oktober 1967*. Hentet 07. januar 2011 fra <http://www.lovdata.no/all/hl-19670210-000.html>

Forskrift for sykehjem m.v. (1988). *Forskrift for sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie av 14. november 1988 nr 932*. Hentet 7. januar 2011 fra <http://www.lovdatab.no/for/sf/ho/xo-19881114-0932.html>

Forskrift om vederlag for opphold i institusjon (1995). *Forskrift om vederlag for opphold i institusjon m.v. av 26. april 1995 nr 392*. Hentet 7. januar 2011 fra <http://www.lovdatab.no/for/sf/ho/xo-19950426-0392.html>

Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene (2003). *Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og etter lov av 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v.* Hentet 06. januar 2011 fra <http://www.lovdatab.no/for/sf/ho/xo-20030627-0792.html>

Gjerberg, E., Bjørndal, A. & Forsetlund, L. (2009). Har opplæringstiltak i sykehjem betydning for pleie og omsorg i livets slutfase? *Rapport fra Kunnskapssenteret nr 01 – 2009*. Hentet 9. februar 2011 fra <http://www.kunnskapssenteret.no/Publikasjoner/5473.cms>

Hauge, S. (2008). Sykepleie i sykehjem. I: Kirkevold, M., Brodtkorb, K. & Ranhoff, A. H. (Red.), *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten* (s. 219-236). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Helse- og Omsorgsdepartementet [bilde, Internett]. Tilgjengelig fra <http://www.regjeringen.no/Upload/HOD/Virksomheter/logo-vest-mini.jpg>

Helse- og Omsorgsdepartementet (2006). St.meld. nr. 25. *Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer*. Hentet 16. februar 2010 fra <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/kampanjer/omsorg.html?id=279776>

Helsepersonelloven (1999). *Lov om helsepersonell m. v. av 2. juli 1999 nr 64*. Hentet 06. januar 2011 fra <http://www.lovdatab.no/all/hl-19990702-064.html>

Hjort, P. F. (2008). Pleie og omsorg ved livets slutt. I: Kirkevold, M., Brodtkorb, K. &

- Ranhoff, A. H. (Red.), *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten* (s. 447-455). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Hjort, P. F. (2006). Omsorgstjenestens dilemmaer. I: Bondevik, M. & Nygaard, H. A (Red). *Tverrfaglig geriatri. En innføring* (s. 132-144). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS
- Husebø, B. S. & Husebø, S. (2001). *De siste dager og timer – behandling, pleie og omsorg ved livets slutt*. Oslo: MEDLEX Norsk Helseinformasjon.
- Høgskulen Stord/Haugesund [bilde, Internett]. Tilgjengelig fra [http://www.hsh.no/imgs/HSHlogo/HSH\\_logo\\_liggende\\_300x52.jpg](http://www.hsh.no/imgs/HSHlogo/HSH_logo_liggende_300x52.jpg)
- International Council of Nurses (2006). *The ICN Code of Ethics for Nurses*. Hentet 07. februar 2011 fra [http://www.icn.ch/images/stories/documents/about/icncode\\_english.pdf](http://www.icn.ch/images/stories/documents/about/icncode_english.pdf) .
- Kirkevold, M. (2008). *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten*. Oslo: Gyldendal Akademisk Forlag AS
- Kommunehelsetjenesteloven (1982). *Lov om helsetjenesten i kommunene av 19. november 1982 nr 66*. Hentet 07. januar 2011 fra <http://www.lovdatab.no/all/hl-19821119-066.html>
- Kaasa, S (2007). Palliativ medisin – en introduksjon. I: Kaasa, S. (Red.). (2007). *Palliasjon. Nordisk lærebok*. Oslo: Gyldendal Akademisk Forlag AS.
- Martinsen, K (2005). *Samtalen, skjønnnet og evidensen*. Oslo: Akribe AS
- Martinsen, K (2003). *Omsorg, sykepleie og medisin*. Otta: Universitetsforlaget
- Martinsen, K. (Red.). (1993). *Den omtensomme sykepleier*. Otta: TANO AS
- Norges Sykepleierforbund (u.å). *Det du bør vite om faglig forsvarlighet*. Hentet 10. januar 2011 fra <https://www.sykepleierforbundet.no/ikbViewer/Content/135908/Faglig%20forsvarlighet.pdf>

- Norges Sykepleierforbund (2008). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet 10. januar 2011 fra [https://www.sykepleierforbundet.no/ikbViewer/Content/282884/Yrkesetiske\\_retningslinjer.PDF](https://www.sykepleierforbundet.no/ikbViewer/Content/282884/Yrkesetiske_retningslinjer.PDF)
- Normann, A. P (2010). *Hospice versus palliativ enhet. Lindring under midnattsol*. Hentet 25. januar 2011 fra [http://www.helse-nord.no/getfile.php/UNN-Internett/Enheter/Medisinsk%20klinikk/Palliativ%20enhet/2\\_4%20Hospice%20versus%20palliativ%20enhet.pdf](http://www.helse-nord.no/getfile.php/UNN-Internett/Enheter/Medisinsk%20klinikk/Palliativ%20enhet/2_4%20Hospice%20versus%20palliativ%20enhet.pdf)
- Nortvedt, P (2008). *Sykepleiens grunnlag. Historie, fag og etikk*. Oslo: Universitetsforlaget AS
- Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B. & Reinart, L. M (2008). *Å arbeide og undervise kunnskapsbasert – en arbeidsbok for sykepleiere*. Oslo: Bryne Offset AS
- NOU 2004:18 (2004). *Helhet og plan i sosial- og helsetjenestene*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet 10. februar 2011 fra <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/nouer/2004/nou-2004-18/9/4.html?id=150780#>
- NOU 1999:2 (1999). *Livshjelp. Behandling, pleie og omsorg for uhelbredelig syke og døende*. Oslo: Statens forvaltningstjeneste. Hentet 24. januar 2011 fra <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/nouer/1999/nou-1999-2.html?showdetailedtableofcontents=true&id=141460>
- Pasientrettighetsloven (1999). *Lov om pasientrettigheter av 02. juli 1999 nr 63*. Hentet 07. januar 2011 fra <http://www.lovdata.no/all/hl-19990702-063.html>
- Pleschberger, S (2007). Dignity and the challenge of dying in nursing homes: the residents' view. *Age and Ageing* 2007; 36:197-202. Hentet 11. januar 2011 fra <http://ageing.oxfordjournals.org/content/36/2/197.full>
- Ranhoff, A. H (Red.), *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten* (s. 447-455).

- Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Renolen, Å. (2008). *Forståelse av mennesker – innføring i psykologi for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Slettebø, Å (2008). Juridiske rammer og etiske utfordringer. I: Kirkevold, M., Brodtkorb, K. & Ranhoff, A. H. (Red.). *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Solvoll, B-A. (2005). Identitet og egenverd. I: Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F. & Skaug, E. A. (Red.), *Grunnleggende Sykepleie. Bind 3* (s. 118-156). Oslo: Gyldendal Akademisk Forlag AS.
- Statistisk Sentralbyrå. (2008). *Et aldrende samfunn*. Hentet 27. januar 2011 fra <http://www.ssb.no/norge/bef/main>
- Statistisk Sentralbyrå (2008). *Hva skjer med helsen vår midt i livet?* Hentet 27. januar 2011 fra <http://www.ssb.no/samfunnsspeilet/utg/200805/04/kopi.html>
- Steindal, A. S. & Sørbye, L. W (2010). Er sykehjemmet et verdig sted å dø? *Sykepleien Forskning 2010 f(2):138-145*. Hentet 08. januar 2011 fra [http://www.sykepleien.no/ikbViewer/page/sykepleien/forskning/forskningsartikler/vis?p\\_document\\_id=396250](http://www.sykepleien.no/ikbViewer/page/sykepleien/forskning/forskningsartikler/vis?p_document_id=396250)
- Stord Kommune [bilde, Internett]. Tilgjengelig fra: <http://www.stord.kommune.no/Templates/public/Images/logo.png>
- Tranøy, K. E (2005). *Medisinsk etikk i vår tid*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Verdighetsgarantiforskriften (2010). *Forskrift om en verdig eldreomsorg av. 12. november 2010 nr 1426*. Hentet 05. februar 2011 fra <http://www.lovdata.no/cgi-wift/ldles?doc=/sf/sf/sf-20101112-1426.html>
- Aakre, M (2001). Å dø er naturlig – Snakk sant om døden! I: K. Ronge (Red. leder)... [et al.], *Verdier ved livets slutt. En antologi* (s. 11-21). Oslo: Stupa AS.

## 7.0. Vedlegg

### Vedlegg 1

Jeg har brukt søkedatabasene via bibliotekets sider på HSHs hjemmeside som startsted for mine søk. Databasene jeg har brukt er BIBSYS, Norart, SveMed+, OvidNursing, Helsebiblioteket, Kunnskapssenteret og Cinahl. Søkeordene jeg har brukt er short-term, care, palliative, ethic, ethics, terminal, nursing home, dignity, quality, sykehjem, quality assurance, health care, short term, hospice, rehabilitation, eldre.

1. "Etikk i sykehjem og hjemmetjenester" av Bollig, Pedersen & Førde (2009). Denne artikkelen fant jeg gjennom Norart ved å bruke søkeord **sykehjem** og **etikk** og er utgitt av *Sykepleien Forskning*. Jeg fikk da 2 treff.

2. "Er sykehjemmet et verdig sted å dø?" av Steindal og Sørbye (2010) er også utgitt av *Sykepleien Forskning*. Jeg gikk via [www.hsh.no](http://www.hsh.no) til [www.helsebiblioteket.no](http://www.helsebiblioteket.no), videre til sykepleie og tidsskrifter innen sykepleie hvor jeg gikk inn på *Sykepleien Forskning*. Søkeordene jeg brukte der var **verdig død** og antall treff var 2.

3. "Dignity and the challenge of dying in nursing homes: the residents' view" skrevet av Pleschberger (2007) utgitt av tidsskriftet *Age and Ageing*.

#### CINAHL 11. januar 2011

Søk nr:	Søkeord	Begrensning: Utgivelsesår 2001-2011	Antall treff
1	Dignity		1846
2	Nursing home		17066
3	1 AND 2		116
4	3 AND quality		41
5	4 AND ethics		3



Cinahl er en internasjonal artikkelbase for helsefag som har sin hovedvekt på sykepleie og da spesielt kvalitativ forskning.

4. *“Har opplæringstiltak i sykehjem betydning for pleie og omsorg i livets slutfase?”* skrevet av Gjerberg, Bjørndal & Forsetlund (2009). Utgitt av Kunnskapssenteret.

## Vedlegg 2

<b>Studie: Tittel Forfatter År</b>	<b>Hensikt</b>	<b>Utvalg/Metode</b>	<b>Resultat/</b>	<b>Diskusjon</b>	<b>Konklusjon</b>
<b>Bollig, Pedersen &amp; Førde (2009). <i>Etikk i sykehjem og hjemmetje nester</i></b>	Å undersøke systematisk etikkarbeid og etiske utfordringer i sykehjem og hjemmetjenester	Litteratursøk etter empirisk forskning om etiske utfordringer og systematisk etikkarbeid i sykehjem og hjemmetjenesten. Denne litteraturstudien dannet grunnlag for et spørreskjema som ble benyttet i en pilotstudie der totalt 19 (15 kvinner og 4 menn) ble intervjuet. 12 av informantene arbeidet i administrasjon på kommunalt nivå eller høyskole, 7 jobbet pasientnært i	Litteratursøk et resulterte i 332 artikler og 24 studier. Studiens funn indikerer at etiske utfordringer er vanlig i sykehjem og hjemmetjenester. Studien viser at det er mange forskjellige måter å beskrive de etiske utfordringene på, og kategorisere dem. Derfor kan det være vanskelig å sammenlign	Hvilke etiske utfordringer finnes i hjemmetjenesten og på sykehjem, og hvilke faktorer påvirker det etiske arbeidet?	Mange av de etiske utfordringene på sykehjem og i hjemmetjenesten er knyttet til at pasientene mangler samtykkekompetanse, har sammensatte lidelser, ressursmangel på avdelingene og at pasientene hadde kort forventet levetid. Det er behov for tverrfaglig, systematisk etikkarbeid.

		<p>sykehjem/hjemme tjenesten. 10 var sykepleiere, 4 var leger, resten hadde helsefag, økonomi, teologi, jus eller filosofi som hovedutdanning. Den kvalitative analysen var basert på elementer fra ”qualitative content analysis” og ”qualitative description”.</p>	<p>e de ulike studiene. Mange av de etiske utfordringen e omhandler pasientenes behov og fagetisk standard på ene siden, og økonomiske og organisatoriske rammer på andre siden. Studiene understreker at det er behov for utvikling av systematiske strategier for å håndtere etiske utfordringer.</p>		
<p><b>Steindal &amp; Sørbye (2010). Er sykehjem</b></p>	<p>Å drøfte faktorer som bidrar til at pårørende opplever at</p>	<p>Semistrukturerte intervjuer av nærmeste pårørende til pasienter som</p>	<p>Pårørende etter 50 dødsfall deltok i undersøkels</p>	<p>Hvilke faktorer bidrar til overflytting av pasient</p>	<p>Studiet understreker at en verdig død på sykehjem</p>

<i>met et verdig sted å dø?</i>	deres nære får en verdig død ved sykehjem og belyse følgene av overflytting til sykehus for terminale pasienter	døde på sykehus. Det ble gjort en beskrivende innholdsanalyse av to åpne spørsmål fra intervjukjemaet.	en. 20 pårørende delte sine erfaringer og holdninger til sykehjem. 3 tema gikk igjen i datamaterialet: forventninger og tillit til personalet, pårørende som den gamles advokat og sykehuset som symbol på verdig død.	fra sykehjem til sykehus? Hva skal til for at pårørende skal oppleve at deres nærmeste får en verdig død på sykehjemmet?	krever mer personell med tilstrekkelig kompetanse innen palliativ pleie og kommunikasjon, og at behovet for informasjon og følelsen av kompetent personale gjør at pårørende ønsker at sine nærmeste dør på sykehus i stedet for sykehjem.
<b>Pleschberger (2007). Dignity and the challenge of dying in nursing homes: the residents</b>	Utforske meningen med verdighet med tanke på spørsmål angående pleie ved livets slutt sett fra eldre sykehjemspasienter	Kvalitativ studie basert på Grounded Theory Approach der narrative intervju med sykehjemspasienter utgjør den viktigste datasamlingen. Analyse av	Studien understreker den høye sårbarheten hos sykehjemspasienter fordi de selv pga sitt behov for hjelp og omsorg	Hva legger sykehjemspasienter i begrepet verdighet ved livets slutt? Hva bidrar til verdighet ved livets slutt?	Undersøkelsen viser at de eldre, døende pasientene på sykehjemmet knytter verdighet og evnen til å klare seg selv sammen. Synkende

<i>view</i>	sienter i Vest-Tyskland	prøvesvar ble støttet ved hjelp av Atlas/ti programmets ulike kodede prosedyrer for å generere et begrep om verdighet.	setter sin egen verdighet i tvil. Det konkluderes med at man må øke forståelsen for begrepet verdighet, øke forståelsen for at verdighet og verdi er to forskjellige begrep, at verdighet ikke betyr hvor høyt sosial verdsatt man er. Dette er meget viktig nettopp med tanke på at de som deltok i denne undersøkelsen følte seg selv som skrøpelige,		helse og evne til å klare gjøremål på egenhånd gjør at pasientene føler seg mindre verdifulle, og deres tilstand i seg selv forverrer følelsen av å miste verdighet. Å dø til riktig tidspunkt med sine nærmeste rundt seg er en verdig død.
-------------	-------------------------	--	---	--	--

			gamle og til byrde.		
<b><i>Gjerberg, Bjørndal &amp; Forsetlund (2009) Har opplæring stiltak i sykehjem betydning for pleie og omsorg i livets slutfase?</i></b>	Å sette fokus på den effekt opplæringsprogram har på pleie og omsorg i livets slutfase på sykehjem	En systematisk oppsummert forskning basert på et stort litteratursøk rettet mot studier som har vurdert effekten av undervisningstilstand til helsepersonell, rettet mot å forbedre pleie og omsorg ved livets slutt på sykehjem.	Det foreligger resultat fra 5 amerikanske studier, men studiene har vært av så dårlig kvalitet at det ikke blir mulig å si noe konkret om hvilken effekt opplæringstiltak har på pleie ved livets slutt.	Påvirker opplæringstiltak helsepersonells kunnskap, holdning og adferd, og hvordan kan opplæring gi helsegevinst for pasienter i livets slutfase?	Studiene gir utydelige svar men viser tendenser til effekt. Det er behov for standardiserte opplæringsprogram utformet på en slik måte at det er tilpasset helsepersonellens kunnskapsnivå og hvor det er mulig å måle resultat i etterkant.

### ***Vedlegg 3***

Kritisk vurdering - oversikt  
Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten 2008

## **SJEKKLISTE FOR VURDERING AV EN OVERSIKTSARTIKKEL**

FØLGENDE FORHOLD MÅ VURDERES:

Kan vi stole på resultatene?

Hva forteller resultatene?

Kan resultatene være til hjelp i praksis?

### **INNLEDENDE SPØRSMÅL**

**1. Er formålet med oversikten klart formulert?**

Ja Uklart Nei

X O O

### **KAN VI STOLE PÅ RESULTATENE**

**2. Er det klare kriterier for inklusjon av enkeltstudiene?**

Ja Uklart Nei

X O O

**Kommentar:**     ***”Usystematiske” oversiktsartikler ble ekskludert.  
Det ble valgt å se bort fra studiedesign og metodisk  
kvalitet som seleksjonskriterier pga få  
publikasjoner.***

**3. Er det sannsynlig at relevante studier er funnet?**

Ja Uklart Nei

X O O

4. Er risiko for bias (systematiske feil) på de inkluderte studiene vurdert?

Ja Uklart Nei

X 0 0

**Kommentar:** *Litteratursøket er gjort systematisk men informasjon kan gå tapt fordi bl.a. søkeord som "etikk" er brukt og det er en mulighet at relevant forskning ikke har blitt klassifisert som etikk tidligere og dermed ikke kommer opp som treff i denne studien.*

5. Er analysen gjennomført på en tilfredsstillende måte?

Ja Uklart Nei

X 0 0

HVA FORTELLER RESULTATENE?

6. Hva forteller resultatene?

*Etiske avgjørelser og utfordringer i sykehjem og hjemmetjenester er oftest knyttet til ressursmangel, mangel på samtykkekompetanse, kort levetid og sammensatte lidelser. Det er stort behov for utvikle systematisk etikkarbeid for å øke kompetansen.*

7. Hvor presise er resultatene?

*Resultatene bygger på besvarelser fra studier i et stort litteratursøk, så den viser bredde.*

Kritisk vurdering - oversikt  
Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten 2008

KAN RESULTATENE VÆRE TIL HJELP I PRAKSIS

8. Kan resultatene overføres til praksis?

Ja Uklart Nei

X 0 0



**9. Ble alle viktige utfallsmål vurdert?**

Ja Uklart Nei

X O O

**10. Bør praksis endres som følge av funnene i denne oversikten?**

Ja Uklart Nei

X O O

**SJEKKLISTE FOR Å VURDERE KVALITATIV FORSKNING:**

*"Er sykehjemmet et verdig sted å dø?"*

Steindal Simen & Sørbye Liv

FØLGENDE FORHOLD MÅ VURDERES:

Kan vi stole på resultatene?

Hva forteller resultatene?

Kan resultatene være til hjelp i min praksis?

Referanser:

1. Critical Appraisal Skills Programme. [www.phru.org.uk/~casp](http://www.phru.org.uk/~casp)
2. Greenhalgh T, Taylor R. Papers that go beyond numbers. BMJ 1997; 7110 (315)
3. Seers K. Qualitative research. In Evidence- Based Practice. A Primer for Health Care Professionals. Churchill Livingstone, Edinburgh 1999
4. Malterud K. The art and science of clinical knowledge: evidence beyond measures and numbers. Lancet 2001;358:397-400.

Kritisk vurdering - kvalitativ forskning

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2006.

2

## INNLEDENDE SPØRSMÅL

1. Er formålet med studien tydelig?

Ja	Uklart	Nei
X	O	O

2. Er en kvalitativ tilnærming hensiktsmessig?

Ja	Uklart	Nei
X	O	O

## KAN DU STOLE PÅ RESULTATENE?

3. Er det tilfredsstillende beskrevet hvordan og hvorfor utvalget ble valgt?

**Kommentar:** *Det er gjort grundig rede for utvalget i en tabell i tillegg til beskrivelse av utvalget. Det er ikke gjort rede for hvorfor deltakerne ble valgt ut.*

4. Var datainnsamlingen tilstrekkelig for å gi et helhetlig bilde av fenomenet?

**Kommentar:** *Det er godt beskrevet hvilken datasamlingsmetode som er brukt, semistrukturerte intervjuer og 2 åpne spørsmål som ble analysert. Intervju er en god metode for en slik studie fordi det da kan være lettere å få satt ord på følelser og opplevelser enn ved hjelp av lukkede spørsmål avkrysningsalternativ. Et eksempel på dette er at det var flere pårørende som nevnte sykehjem i besvarelsen enda ikke sykehjem var med i spørsmålsformuleringen. Dette ser jeg på som et viktig funn.*

Kritisk vurdering - kvalitativ forskning  
Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2006.  
3

5. Ble det redegjort for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?

**Kommentar:** *Begge forfatterne av artikkelen er sykepleiere. I tillegg er Steindal høyskolelektor mens Sørbye er PhD og førsteamanuensis. Utover dette er det ikke gjort rede for forhold som kan ha påvirket tolkningen av data*

6. Går det klart fram hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?

**Kommentar:** *Det er godt beskrevet hvordan analysen ble gjennomført. Data er identifisert, kodet og kategorisert.*

7. Er det blitt gjort forsøk på å underbygge data (funnene)?

Kommentar: *Det er ikke gjort forsøk på å underbygge data og resultat.*

8. Er etiske forhold vurdert ?

Kommentar: *Det er tatt etiske hensyn i studien. Brev med forespørsel om intervju er skrevet til pårørende av leder for palliativt team ved Diakonhjemmet sykehus. Studien er vurdert av personvernombudet og godkjent av Diakonhjemmet sykehus' forskningsutvalg. Den regionale komitè for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk har fått uttrykke seg og har hatt ingen innvendinger. Pårørende har gitt skriftlig samtykke til gjennomføring av prosjektet og til å la seg intervju.*

Kritisk vurdering - kvalitativ forskning  
Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2006.  
4

HVA ER RESULTATENE?

8. Kommer det klart fram hva som er hovedfunnene i undersøkelsen?

Kommentar: *Resultatene kommer klart frem. Funnene er diskutert og presentert grundig.*

KAN RESULTATENE BRUKES I MIN PRAKSIS?

9. Hvor nyttige er funnene fra denne studien?

Kommentar: *Funnene er viktig i min besvarelse fordi de belyser element som forringer sykepleien til terminale pasienter, bl.a. behovet for økt kompetanse og mer faglært helsepersonell. I større sammenheng er studien viktig med tanke på samhandlingsreformen og tankene bak den, om at flere pasienter skal behandles der de bor, av kommunehelsetjenesten og ikke spesialisthelsetjenesten.*

Kritisk vurdering - kvalitativ forskning  
Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2006.

## SJEKKLISTE FOR Å VURDERE KVALITATIV FORSKNING:

*"Dignity and the challenge of dying in nursing homes: the residents' view"*

Sabine Pleschberger (2007)

FØLGENDE FORHOLD MÅ VURDERES:

Kan vi stole på resultatene?

Hva forteller resultatene?

Kan resultatene være til hjelp i min praksis?

Referanser:

1. Critical Appraisal Skills Programme. [www.phru.org.uk/~casp](http://www.phru.org.uk/~casp)
2. Greenhalgh T, Taylor R. Papers that go beyond numbers. *BMJ* 1997; 7110 (315)
3. Seers K. Qualitative research. In *Evidence- Based Practice. A Primer for Health Care Professionals*. Churchill Livingstone, Edinburgh 1999
4. Malterud K. The art and science of clinical knowledge: evidence beyond measures and numbers. *Lancet* 2001;358:397-400.

Kritisk vurdering - kvalitativ forskning

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2006.

2

## INNLEDENDE SPØRSMÅL

1. Er formålet med studien tydelig?

Ja	Uklart	Nei
X	O	O

2. Er en kvalitativ tilnærming hensiktsmessig?

Ja	Uklart	Nei
X	O	O

3. Er det tilfredsstillende beskrevet hvordan og hvorfor utvalget ble valgt?

**Kommentar:** *Det er gjort grundig rede for utvalget i en tabell i tillegg til beskrivelse av utvalget. Deltagerne i studien ble anbefalt av ledelsen på sykehjemmene. Grunnen til dette kan være evnen til å uttrykke seg muntlig og lite kognitiv svikt.*

4. Var datainnsamlingen tilstrekkelig for å gi et helhetlig bilde av fenomenet?

**Kommentar:** *Det er godt beskrevet, grounded theory approach, som vil si intervjuer og observasjoner systematisert. Derimot er deltagerne i studien blitt anbefalt av ledelsen på sykehjemmene, nærmest håndplukket.*

5. Ble det redegjort for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?

**Kommentar:** *Det står ikke beskrevet hvilken bakgrunn forskeren har, heller ikke nevnt andre forhold som kan ha påvirket tolkning av data.*

6. Går det klart fram hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?

Kommentar: *Ja*

7. Er det blitt gjort forsøk på å underbygge data (funnene)?

Kommentar: *Jeg kan ikke finne at det er gjort forsøk på å trekke inn andre kilder for å underbygge eller vurdere data*

8. Er etiske forhold vurdert?

Kommentar: *Jeg kan ikke se at studien er forelagt for Etisk Komitè  
Det ble gjort etiske betraktninger fortløpende under intervjuene*

HVA ER RESULTATENE?

8. Kommer det klart fram hva som er hovedfunnene i undersøkelsen?

Kommentar: *Resultatene kommer klart frem. De eldre, terminale pasientene føler sammenheng mellom tap av helse og større pleiebehov, med tap av verdighet, eller verdi.*

KAN RESULTATENE BRUKES I MIN PRAKSIS?

9. Hvor nyttige er funnene fra denne studien?

Kommentar: *Funn fra denne studien var nyttig i forhold til oppgaven min fordi den belyser hva sykehjemspasienter tenker om verdighet i forhold til å være døende, og forteller hvilke behov pasientene i denne studien har med tanke på å opprettholde sin verdighet.*