

# **EKSAMENSINNLEVERING**

**Emnenavn: Sykepleie, forskning og fagutvikling –  
Bacheloroppgave**

**Emnekode: SYKSB3001**

**Eksamensdel: 1**

**Leveringsfrist: 27.04.17 kl. 14.00**

**Kandidatnummer: 329**

**Veileders navn: Karen Irene Høyland**

**Antall ord: 8915**

## «Vi snakker mye om det gode liv og lite om den gode død»

- Hvordan gi eldre en verdig død



Caring for the elderly, conceptual image. [Fotografi]. Hentet fra: Encyclopædia Britannica ImageQuest. [http://quest.eb.com/search/132\\_1214286/1/132\\_1214286/cite](http://quest.eb.com/search/132_1214286/1/132_1214286/cite)

Bacheloroppgave i sykepleie

HVL - Stord 2017

Kull 2014

Antall ord: 8915

# Sammendrag

**Tittel:** «Vi snakker mye om det gode liv og lite om den gode død»

**Bakgrunn:** Antall eldre i samfunnet er økende, og dagens sykehjemspasienter kjennetegnes av høy alder og komplekse sykdomsbilder. I 2015 døde 19 615 personer på sykehjem, noe som utgjør en prosentandel på 48 % av alle dødsfall i Norge. På bakgrunn av dette vil sykepleie til pasienter i livets slutfase bli en større del av sykepleieyrket nå og i fremtiden. Jeg har gjennom studiet interessert meg for palliasjon og har et ønske om at eldre på sykehjem skal få en verdig livsavslutning med hensyn til deres ønsker og verdier. Jeg ønsker mer kunnskaper og forståelse for temaet, da jeg ser på dette som relevant for mitt fremtidige yrke som sykepleier.

**Problemstilling:** Hvordan kan sykepleie bidra til en verdig død for pasienter på sykehjem?

**Hensikt:** Å løfte frem hvordan sykepleie på best mulig måte kan ivareta mennesker ved livets slutt, ved å anskaffe informasjon om hva som anses som verdig omsorg til sykehjemspasienter, og hva som kan bidra til en verdig død.

**Metode:** Oppgaven er et litteraturstudium, og søk etter forskning ble gjort i ulike databaser som CINAHL og ProQuest i tillegg til Sykepleien Forskning. Fem forskningsartikler ble inkludert i oppgaven. Gjennom oppgaven er forskningsartiklene, faglitteratur og egne erfaringer brukt for å besvare problemstillingen.

**Resultat:** Forskningsartiklene belyser at holdningene til sykepleierne har mye å si for kvaliteten på pleien som blir gitt. God symptomlindring, riktige etiske avgjørelser, gode kommunikasjonsferdigheter og kompetanse blant pleierne, samt involvering av pasientene ved livets slutt viser seg å være avgjørende for å oppnå en verdig død på sykehjem.

**Oppsummering:** Kort oppsummert viser hovedfunnene i oppgaven blant annet at god kommunikasjon og relasjon mellom pasient, pårørende og helsepersonell, god symptomlindring, gode rutiner og organisering av palliativ pleie samt kompetanse er avgjørende for at pasienten skal få en verdig livsavslutning.

**Nøkkelord:** Verdighet, Kommunikasjon, Symptomlindring, Kompetanse, Etikk, Livets slutt, Palliasjon.

# Abstract

**Title:** “We talk a lot about the good life, and little about the good death”.

**Background:** The number of elders in society are increasing, and today's elders are characterized by high age and complex diseases. In 2015 19 615 people died in a nursing home, which make up an percentage of 48 % of all deaths in Norway. On the background of this, nursing to patients in the end of life will now and in the future become a bigger part of the nursing profession. I have through my study been interested in palliative care, and I have a wish that elders in nursing homes can get a worthy end of life by considering their wishes and values. I wish to have more knowledge and understanding on the subject, as I look on this as relevant for my future profession as a nurse.

**Aim:** How can nursing contribute to a worthy death to patients in a nursing home?

**Purpose:** To lift through how nurses can in the best possible way safeguard people in the end of life, by acquiring information on what is looked on as worthy care to nursing home patients, and on what can contribute to a worthy death.

**Method:** The task is a literary study, and research were made from different databases like CINAHL and ProQuest in addition to nursing research. In total 5 research papers were included in the task. Through the task research papers, literature and own experience were used to answer the problems.

**Results:** Research articles highlight that the attitudes of nurses have a lot to say about the quality of care that is being given. Good symptom relief, proper ethical decisions, good communication skills, and expertise among the nurses, as well as involvement of patients at the end of life, prove to be crucial for achieving a worthy death in nursing homes.

**Summary:** In summary, the main findings of the assignment show that good communication and relationship between patient, relatives and health personnel, good symptom relief, good practices and organization of palliative care as well as competence are essential for the patient to have a worthy end of life.

**Key Word:** Dignity, Communication, Disease relief, Competance, Etichs, End of life, Palliative care.

# INNHALDSFORTEGNELSE

<b>1.0 INNLEDNING .....</b>	<b>1</b>
1.1 Bakgrunn for valg av tema .....	1
1.2 Hensikt .....	2
1.3 Problemstilling.....	2
1.4 Avgrensing og presisering.....	2
1.5 Begrepsavklaring .....	3
1.5.1 Sykehjem .....	3
1.5.2 Verdighet .....	3
1.5.3 Palliativ pleie .....	3
<b>2.0 TEORI.....</b>	<b>4</b>
2.1 Sykepleieteoretisk perspektiv .....	4
2.2 Kommunikasjon.....	5
2.3 Etikk.....	5
2.4 Verdighet.....	6
2.5 Organisering av palliativ pleie.....	7
2.6 Fysiologiske endringer når livet går mot slutten .....	8
2.7 Symptomlindring ved livets slutt.....	8
2.7.1 Medikamentell symptomlindring .....	9
2.7.2 Ikke-medikamentell symptomlindring .....	9
2.8 Pårørende.....	10
<b>3.0 METODE .....</b>	<b>11</b>
3.1 Litteraturstudie.....	11
3.2 Søkeprosess .....	11
3.3 Forskningsetikk .....	12
3.4 Kildekritikk og vurdering av egen oppgave .....	12
<b>4.0 RESULTAT .....</b>	<b>14</b>
4.1 Oppsummering av forskningsartiklene .....	14

4.2 Oppsummering av funn.....	18
<b>5.0 DRØFTING .....</b>	<b>19</b>
5.1 Den vanskelige samtalen.....	19
5.2 Symptomlindring og etiske avgjørelser .....	22
5.3 Kompetanse og kvalitet.....	24
<b>6.0 AVSLUTNING .....</b>	<b>26</b>
<b>REFERANSELISTE .....</b>	<b>27</b>
Vedlegg 1 - Søketabeller.....	31
Vedlegg 2 - Resultattabeller.....	34

# 1.0 INNLEDNING

## 1.1 Bakgrunn for valg av tema

En av de store utfordringene innen eldreomsorgen er hvordan man kan gi en verdig behandling knyttet til livets slutt. Antall eldre i samfunnet er økende, og dagens sykehjemspasienter kjennetegnes av høy alder og komplekse sykdomsbilder. Samhandlingsreformen ble innført i 2012, og har som mål å sikre bærekraftig helse- og omsorgstjenester (Helsedirektoratet, 2017). En sentral del av reformen er overføring av behandlingsansvar fra spesialisthelsetjenesten til primærhelsetjenesten. Eldre har færre liggedøgn på sykehus enn før, og dobbelt så mange dør på sykehjem nå, sammenlignet med tiden før samhandlingsreformen (Bruvik, Dragset & Abrahamsen, 2017). Ifølge Folkehelseinstituttet (2016) døde 19 615 personer på sykehjem i 2015, noe som vil utgjøre en prosentandel på 48 % av alle dødsfall i Norge. Bakgrunnen for at andelen av dødsfall på sykehjem har økt betraktelig de siste årene har flere årsaker. Folkehelseinstituttet (2016) peker på at vi stadig blir eldre som en av årsakene. På bakgrunn av dette vil sykepleie til pasienter i livets slutfase bli en større del av sykepleieyrket nå og i fremtiden, noe som kan gi mange utfordringer.

Ifølge Helsedirektoratet (2015) har alle alvorlig syke og døende rett til å motta grunnleggende palliasjon og bli møtt med respekt, trygghet, omsorg og behandling. God symptomlindring og omsorg ved livets slutt omfatter grunnleggende palliasjon, og vil være aktuelt for de aller fleste døende som ikke dør plutselig og uventet.

Fra tidligere arbeidserfaring og praksis opplevde jeg at det var ulike rutiner og praksis for behandling, pleie og omsorg for pasienter i livets slutfase. Jeg ønsker derfor mer kunnskap om hvordan sykepleiere kan ivareta verdigheten til pasienter ved livets slutt, for i fremtiden å kunne gi god pleie og omsorg til disse pasientene. Jeg valgte dette temaet på bakgrunn av egne erfaringer og opplevelser i forbindelse med palliasjon og pleie av døende pasienter, samt interesse for sykepleie og palliasjon som fag.

## **1.2 Hensikt**

Hensikten med oppgave vil være å løfte frem hvordan en kan bidra til en verdig død for pasienter på sykehjem, ved å anskaffe informasjon om hva som anses som verdig omsorg til sykehjemspasienter i livets slutfase. Oppgaven vil også kunne bidra til økt kunnskap og forståelse for temaet både for sykepleiere, andre helsearbeidere, studenter og pårørende. Temaet vil bli belyst gjennom et etisk perspektiv, samt gjennom Joyce Travelbees sykepleieteori. En verdig død på sykehjem kan ses i lys av viktige begreper som Travelbee trekker frem i sin teori. Hun trekker blant annet frem begrepene, menneske-til-menneske-forhold, kommunikasjon og menneske som individ for å fremheve sykepleierens ansvar og karakter (Kirkevold, 1998, s. 114). Som sykepleier er du forpliktet til å følge etiske prinsipper og idealer om pasientmedvirkning, selvbestemmelse og pasientrettigheter (Nortvedt, 2016, s. 25). Etiske prinsipper som nærhetsetikk og ikke-skade-prinsippet vil bli belyst opp mot problemstillingen. På bakgrunn av at sykepleierens overordnede mål er å fremme pasientens beste, og bidra til at pasienten får en god opplevelse (Nortvedt, 2016, s. 48).

## **1.3 Problemstilling**

*Hvordan kan sykepleie bidra til en verdig død for pasienter på sykehjem?*

## **1.4 Avgrensning og presisering**

Oppgaven er avgrenset til å omhandle en verdig død, med tanke på helhetlig sykepleie, til eldre pasienter på sykehjem. Den avgrenses til pasienter på sykehjem på bakgrunn av at 48 % av den norske befolkningen dør på sykehjem (Folkehelseinstituttet, 2016). Jeg velger å ikke fokusere på behandling og pleie til kreftsyke pasienter, da disse ofte har et eget team rundt seg i sin siste del av livet. Helsedirektoratet (2015) har blant annet utarbeidet en nasjonal plan for implementering av pakkeforløp for kreftsyke. Jeg velger å ta for meg den eldre pasienten på sykehjem som dør av andre naturlige årsaker, og retter ikke oppgaven inn mot noen spesifikk diagnose. Jeg tar også utgangspunkt i norsktalende pasienter. Jeg har gjennom praksis sett at det ikke bare er pasienten selv som trenger omsorg og sykepleie i møte med døden, men også pårørende. Oppgaven vil ikke primært ta for seg omsorg til pårørende, men se på hvilken rolle pårørende har for pasienter i livets slutfase. Jeg ser også viktigheten av å ivareta åndelige og eksistensielle behov, men dette vil ikke bli spesielt utdypet. Oppgaven vil ta for seg



problemstillingen gjennom et sykepleieperspektiv, men også se problemstillingen fra pasienten og pårørendes ståsted.

Begrepene palliativ- og terminal pleie blir ofte brukt om hverandre i praksis, og overgangen mellom palliativ pleie og terminal pleie er ofte uklar. Oppgaven vil ikke primært ta for seg det ene eller det andre, men se de to i sammenheng og være klar over at en verdig død for sykehjempasienter innebærer god pleie og omsorg både i palliativ og terminal fase. Jeg vil også presisere at palliativ pleie kan strekke seg over et lengre tidsrom, men jeg retter hovedsakelig oppgaven mot palliasjon ved livets slutt. Jeg vil også gjøre oppmerksom på at jeg gjennom oppgaven omtaler pasienten som «han».

## **1.5 Begrepsavklaring**

### **1.5.1 Sykehjem**

Sykehjemmet er en institusjon som tilbyr heldøgns helsetjenester, og har som mål å tilby faglig kompetent og individuell tilpasset pleie og omsorg, et riktig medisinsk behandlingstilbud og et godt sted å bo (Orvik, sitert i Hauge, 2010, s. 219). En viktig del av sykepleietilbudet i sykehjemmet er å hjelpe pasienten med å få dekket sine grunnleggende behov (Ranz & Zwygart-Stauffacher, sitert i Hauge, 2010, s. 229).

### **1.5.2 Verdighet**

I sykepleien er verdighet et kjernebegrep, og blir ofte brukt til tross for at begrepet kan være noe svevende og vanskelig å konkretisere. Verdighet kan deles inn i to dimensjoner, en iboende og absolutt verdighet og en relasjonell og relativ form. Det å bli sett og hørt, å bli bekreftet som unik og uerstattelig, og det å få være medbestemmende og deltagende i eget liv handler i stor grad om å få sin verdighet ivaretatt (Heggstad, 2016, s. 24, 36-37).

### **1.5.3 Palliativ pleie**

Palliativ pleie har som mål å sikre alvorlig syke og døende et optimalt liv med verdighet til de dør, og må tilbys alle alvorlig syke og døende pasienter, uansett alder, diagnose og oppholdssted. Palliativ pleie innebærer god smerte- og symptomlindring, åpen og forberedende kommunikasjon, kompetanse i etikk, informert eller formodet samtykke, psykososial integrasjon og sjelesorg (Husebø & Husebø, 2015, s. 26).

## 2.0 TEORI

### 2.1 Sykepleieteoretisk perspektiv

Joyce Travelbee fokuserer på sykepleiefagets mellomenneskelige dimensjon. Den profesjonelle sykepleieren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse, og om nødvendig finne mening i disse erfaringene. Det er viktig at sykepleieren har en forståelse for hva som foregår mellom pasient og sykepleier, hvordan møtet kan oppleves, og hvilke konsekvenser møtet kan ha for pasienten og hans tilstand. Travelbee legger vekt på fem begreper som hun betrakter som teoriens viktigste: mennesket som individ, lidelse, mening, menneske-til-menneske-forhold og kommunikasjon (Kirkevold, 1998, s.113-114).

Travelbee trekker frem at hvert menneske er unikt, enestående, uerstattelig og forskjellig fra alle andre som har levd, og som noen sinne kommer til å leve. Sentralt i sykepleiesammenheng er opplevelse av tap og lidelse en uunngåelig følge av den menneskelige virkeligheten. Hvordan tap og lidelse oppleves vil i høyeste grad være personlig, selv om det er en fellesmenneskelig erfaring. Med tanke på at lidelse og smerte er en uunngåelig del av menneskeliv, består sykepleie i å hjelpe den syke og lidende til å finne mening og håp i den situasjonen han gjennomlever. Dette skjer gjennom å etablere et menneske-til-menneske-forhold (Travelbee, sitert i Kristoffersen, 2011, s. 216).

Kommunikasjon foregår ved ethvert møte mellom sykepleieren og den hun har omsorg for. Dette skjer gjennom samtaler, men også når de er tause. Den syke kommuniserer noe til sykepleieren gjennom sitt utseende, atferd, holdning, ansiktsuttrykk og manerer, og sykepleieren gjør det samme ovenfor den syke (Travelbee, 1999, s. 135). Travelbee beskriver kommunikasjon som et av sykepleierens viktigste redskaper når det gjelder å etablere et virkelig menneske-til-menneske-forhold til pasienten. Gjennom kommunikasjon blir sykepleieren kjent med pasienten som person, og kommunikasjon er helt sentralt når det gjelder å sikre at de tiltakene sykepleieren iverksetter er i samsvar med pasientens behov (Kristoffersen, 2011, s. 221-222). Travelbee trekker også frem evnen til å bruke seg selv terapeutisk, gjennom bevisst bruk av egen personlighet og kunnskaper med sikte på å bevirke forandringer hos den syke (Travelbee, 1999, s. 44).

## **2.2 Kommunikasjon**

Ordet kommunikasjon kommer fra «communicare», som er latin og betyr å gjøre noe felles, delaktiggjøre en annen i eller å ha forbindelse med. Begrepet relasjon er også sentralt i kommunikasjon. Begrepet handler om hjelpers forhold til pasient, pårørende, kollegaer og samfunnet som sådan (Eide & Eide, 2011, s. 17). Å kommunisere er en grunnleggende og medfødt evne, som vi utvikler i samhandling med andre mennesker. Kommunikasjon er også en av de viktigste ressursene en har i arbeidet med andre mennesker, og som yrkesutøver må du forholde deg til den andre som subjekt og medmenneske, til den andres opplevelse, følelser, ønsker og vilje (Røkenes, 2002, s. 11-13).

De eldre i samfunnet er en voksende gruppe i helsevesenet. Gjennom aldringsprosessen kan evnen til å kommunisere bli påvirket. Selv om intellektet og evnen til å forstå, lære og løse problemer fortsatt er god, går gjerne både fysiske og mentale prosesser noe langsommere. Dårlig kommunikasjonsevne kan sette respekten for det andre menneskets iboende verdighet på prøve. Det er viktig at helsepersonell viser interesse, innlevelsessevne og vilje til å lytte aktivt til pasienten. Slik at en aktivt kommer den gamle i møte (Eide & Eide, 2011, s. 383).

## **2.3 Etikk**

Etikk dreier seg om verdien av godt eller ondt. Etske verdier berører hva som er godt eller ondt for et annet menneske, dets preferanser, forestillinger, opplevelser og eksistens (Nortvedt, 2016, s. 43). Idealer om pasientmedvirkning, selvbestemmelse og pasientrettigheter er fremtredende i vår tid og utøvelsen av sykepleie. Sykepleierne er derfor forpliktet til å følge etiske prinsipper om velgjørenhet, ikke-skade og rettferdighet (Nortvedt, 2016, s. 25-26). Som sykepleier må en kunne vurdere om pasienten responderer på behandling, samt kunne vurdere pasientens opplevde livskvalitet og beslutningskompetanse. En må også ha tilstrekkelige kunnskaper til det medisinske og sykepleiefaglige grunnlaget for å gjøre gode etiske vurderinger i sitt arbeid (Nortvedt, 2016, s. 26).

Grunnleggende verdier i sykepleien har som mål å gjøre det beste for pasienten, rettet mot å lindre pasientens lidelse, beskytte liv og respektere pasientens integritet (Nortvedt, 2016, s. 47). Ikke-skade prinsippet spesifiserer hva du ikke skal gjøre mot pasienten. Det skal beskytte pasienten mot dårlig praksis og feil behandling (Nortvedt, 2016, s. 97). Pasientens autonomi

er et sentralt og viktig helserettslig tema. Som grunnlag for disse verdiene står pasientens rett til informasjon sterkt. For at pasienten skal kunne ta avgjørelser i henhold til sin helsetilstand er det avgjørende at pasienten får tilstrekkelig med informasjon (Bondevik, 2012, s. 415).

Nærhets- eller omsorgsetikk er et begrep innenfor etikken som er svært opptatt av det ansvaret du har for pasienten her og nå, og som du står i en bestemt relasjon til (Nortvedt, 2016, s. 50). På bakgrunn av at et nærhets etisk prinsipp og tankegang er sentralt i sykepleierens omsorgsarbeid, er det viktig at sykepleieren i praksis yter god omsorg og pleie til den enkelte pasient (Nortvedt, 2016, s. 249).

## **2.4 Verdighet**

Verdighet er et kjernebegrep og er en grunnleggende etisk verdi i møte mellom helsepersonell og pasient. Ordet blir stadig mer brukt både i dagligtalen, og i mediene, ikke sjeldent er ordet brukt inn mot eldre og hjelpetrequende på sykehjem. Dette kommer til syne blant annet i avisartikkelen av Hansen (2015), hvor det påpekes uverdige forhold på norske sykehjem.

Pasientens rett til verdighet og en verdig død blir belyst både i Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, verdighetsgarantiforskriften og i FN`s erklæring om de døendes rettigheter. Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (Norsk Sykepleierforbund, 2016) har nedfelt grunnlaget for all sykepleie. Blant annet skal sykepleieren ha respekt for den enkelte pasientens liv, iboende verdighet og integritet, samt retten til faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp, retten til autonomi og retten til å ikke bli krenket. Sykepleieren skal også bidra til en verdig og naturlig død, og sørge for at pasienten ikke dør alene. Verdighetsgarantiforskriften (2010) ble innført i 2011, og har som formål å sikre at pleie og omsorg for eldre og hjelpetrequende tilrettelegges på en slik måte at den bidrar til en verdig, trygg og meningsfull alderdom. I tjenestens innhold skal også tjenestetilbudet legge til rette for lindrende behandling og en verdig død. FN`s erklæring om den døendes rettigheter omhandler mange av de sentrale verdiene i livets slutfase. Rettighetene omhandler blant annet at pasienten har rett til å dø i fred og med verdighet, rett til å slippe å dø alene samt rett til å gi uttrykk for sine tanker og følelser omkring sin forestående død (NOU 1999:2).

Det skilles ofte mellom to dimensjoner av begrepet verdighet. Den ene er en relasjonell og relativ form som er knyttet til sosiale relasjoner og identitet, mens den andre er en iboende og

absolutt verdiget knyttet til menneskeverdet, noe som vil si at den er objektiv og absolutt. Alle mennesker har en iboende verdighet, på bakgrunn av at de ikke kan erstattes av noe, fordi en er uerstattelig og har en spesiell verdighet i kraft av å være et menneske. En må derfor behandle pasienten som unik og uerstattelig for å ivareta pasientens iboende verdighet. Verdigheten som er knyttet til sosiale relasjoner og identitet kan påvirkes og formes i møte med andre, og kan oppleves i tilknytning til noen eller noe (Heggestad, 2016, s. 24-25).

## **2.5 Organisering av palliativ pleie**

Omsorg i livets slutfase må baseres på teamarbeid og den må planlegges. Teamet består av pasienten, de pårørende, pleierne og legen. Alle har sine roller og er spesialister på sine områder. Pasienten er spesialist på seg selv, de pårørende på pasienten og familiekulturen, pleierne er spesialister på pleie og omsorg, og legen på diagnostikk og medisinsk behandling. Legen er også ansvarlig for den medisinske ledelsen. Gjennom planleggingen av omsorg ved livets slutfase er det viktig å tenke gjennom de problemene som kan oppstå, og lage en plan, gjerne kalt tiltaksplan for hvordan problemene kan løses og omsorgen legges opp. En må blant annet sørge for å ha det utstyret og de legemidlene det kan bli behov for (Hjort, 2010, s. 450-451). Planen skal være enkel å ta i bruk og sikre at alle som er i arbeidet rundt pasienten har grunnleggende kompetanse for å bidra til optimal lindring av symptomer som kan oppstå i livets slutt (Husebø & Husebø, 2015, s. 29-30). For å oppnå kontinuitet i behandling og sykepleie til døende pasienter er det nødvendig med samarbeid mellom profesjonene. Det forventes at personalet bidrar med faglig og personlig kompetanse, og at alle inngår i et likeverdig samarbeid der de er villige til å finne felles mål (Ilkjær, 2011, s. 777).

Pleie av døende mennesker innebærer en avansert form for grunnleggende sykepleie som avhenger av både generell og spesiell kompetanse på de ulike områdene. Kompetanse innebærer både ferdigheter, kunnskaper og holdninger som fører til god planlegging. Som helsepersonell er en nær den døende, og må gjøre gode observasjoner for å fange opp individuelle, fysiske, psykiske, sosiale og eksistensielle behov, for å sikre en helhetlig pleie (Bondevik, 2012, s. 414).

## **2.6 Fysiologiske endringer når livet går mot slutten**

Å bli eldre preges av tap. Gradvis vil eldre mennesker oppleve aldersforandringer i ulik grad og i ulikt tempo (Bondevik, 2012, s. 409). Et stort problem for den døende er følelsen av svekkelse og tap. Ved å miste vesentlige funksjoner i kroppen, mister en også en del av seg selv og sin identitet (Ilkjær, 2011, s. 749). Når livet går mot slutten er det mange som opplever en sterk følelse av ensomhet, selv om den syke har akseptert sin tilstand. Følelsen kommer selv om pasienten er omgitt av helsepersonell, familie og venner. Det er den syke som skal dø, og den ensomheten er det ingen som kan ta fra ham. Kroppsforandringer, svekkelse og tap på grunn av livstruende sykdom er for den syke synlige tegn som hele tiden vil påminne om en forestående død (Mathisen, 2011, s. 309-311).

Når livet nærmer seg slutten vil en observere et gradvis tap av funksjon og dårligere almenntilstand. Pasienten orker mindre og sover mer, bevisstheden blir fjernere og pasienten kan være forvirret. Pasienten spiser og drikker mindre og mindre, og til slutt kan inntaket opphøre. Det vil være viktig å merke seg vendepunkter i sykdomsforløpet i form av komplikasjoner, nye symptomer eller funksjonsforverring som tilsier at pasienten nærmer seg livets avslutning (Brenne & Dalene, 2016, s. 638-639). Det første kjennetegnet ved at døden nærmer seg er at livsforlengende behandling har mistet sin mening. Livsforlengende behandling vil ikke lenger ha en hensikt, og vil kunne gi bivirkninger og ingen nytte i form av bedre livskvalitet og lengre liv (Hjort, 2010, s. 451).

## **2.7 Symptomlindring ved livets slutt**

Behandling rettet mot døende skal ikke bidra til å helbrede eller rehabiliterer personen fra sykdom, den skal dreie seg om å lindre lidelse og forebygge at det oppstår nye lidelser (Mathisen, 2011, s. 313). En kan trekke frem tre hovedmål for omsorgen ved livets slutt: 1. God palliativ behandling som lindrer alle plager. 2. God sykepleie, særlig med fokus på godt munnstell og forebygging av trykksår. 3. God menneskelig og sjelelig omsorg for pasient og pårørende (Hjort, 2010, s. 453). Tiltakene som benyttes når en pasient er døende må ha som målsetting å gi pasienten lindring, komfort og trygghet. (Brenne & Dalene, 2016, s. 640).

### **2.7.1 Medikamentell symptomlindring**

Det må gjøres en grundig kartlegging av pasientens tilstand og vurdering av aktuelle observasjoner og tiltak. Det er sykepleierens ansvar å observere behov for smertelindring, slik at det døende mennesket ikke lider unødig. Lidelse kan ikke alltid fjernes og mange problemer kan ikke løses, men mye kan bedres (Bondevik, 2012, s. 417). De aller fleste døende har behov for noen grad av medikamentell symptomlindring. De vanligste symptomene hos døende lar seg lindre ved hjelp av fire medikamenter som alle kan gis subkutan: Morfin, Midazolam, Haloperidol og Glykopyrrolat (Brenne & Dalene, 2016, s. 651).

### **2.7.2 Ikke-medikamentell symptomlindring**

Den menneskelige omsorgen ovenfor pasient og pårørende er viktig (Hjort, 2010, s. 454). Ikke-medikamentelle metoder bør brukes når det er mulig, eller i kombinasjon med medikamentelle tiltak. Det er også vist at ved å kombinere medikamentelle og ikke-medikamentelle metoder kan oppnå økt effekt.

Ikke-medikamentell symptomlindring kan blant annet være berøring, massasje, lytte til musikk, legge til rette for at eksistensielle behov blir møtt, samt godt stell både med tanke på hygiene og velvære. Musikterapi har vært anvendt i århundrer som metode i smertelindring, men kan også ha til hensikt å oppnå avslapping, stimulering eller konsentrasjon. Massasje er på lik linje med musikk en velkjent metode for å fremme avslapning, og er en av de hyppigst brukte ikke-medikamentelle behandlingsformene hos mennesker med langvarige smerte (Bjøro & Torvik, 2010, s. 346-347) Det eksistensielle aspekt omfatter den enkeltes verdier og livssyn, og er viktig å ta hensyn til for å oppnå helhetlig pleie og omsorg (Bondevik, 2012, s. 419). En måte å møte eldre sine behov for berøring og fysisk kontakt på, er å bevisst tilføre berøring som en form for aktiv omsorg (Ertner, 2015, s. 139-140). Å ivareta et døende menneskets grunnleggende behov på best mulig måte er viktig for å lindre fysiske smerter. Et godt stell innebærer mye mer enn bare hygiene, blant annet at pasienten ligger best mulig med et glatt underlag og lett overbredelse, og at en gjennom stellet kan formidle nærhet og omsorg. Munnstell er også et tiltak for å forebygge ubehag. En sår, tørr munn og sprukne lepper er til stor plage for eldre, døende pasienter og må unngås (Bondevik, 2012, s. 417).

De fleste som har ansvar for døende mennesker og deres pårørende har stilt seg spørsmålet: «Hva kan jeg gjøre?» «Hva kan jeg si?» Det spørsmålet en kanskje heller burde stille seg er: «Hvem kan jeg være, hva kan jeg være, og hvordan kan jeg være for den andre?» (Kalfoss, 2010, s. 492). Å bruke seg selv terapeutisk blir beskrevet som å gjøre bevisst bruk av sin egen personlighet og egne kunnskaper med sikte på å lindre pasientens plager (Travelbee, 1999, s. 44). Å gjøre seg tilgjengelig for et menneske som skal dø, handler ikke så mye om hva man sier, men mer om samspeillet mellom en selv og den døende. En kan være tilstede i situasjonen ved å gi god fysisk og psykisk omsorg ved å være inkluderende, anerkjennende, aksepterende, tilgjengelig og oppmerksom. Også ved å ta initiativ, være rolig i sitt nærvær og sine reaksjoner, ved å lytte og være ekte og ved å gjøre alt dette i medfølelse, kjærlighet og med barmhjertelighet (Kalfoss, 2010, s. 493).

## **2.8 Pårørende**

Pårørende er ifølge pasient- og brukerrettighetsloven (1999, §1-3) den pasienten oppgir som pårørende. I tilfeller der pasienten er ute av stand til å oppgi pårørende, skal nærmest pårørende være den som i størst utstrekning har varig og løpende kontakt med pasienten.

I det moderne helsevesenet er det ikke bare helsepersonell som har en rolle i ivaretagelsen av den syke (Kristoffersen & Nortvedt, 2011, s. 108). Helsetjenesten vil ha stor nytte av pasientens nærmeste pårørende, på bakgrunn av at pårørende er viktige støttespillere for pasienten (Kristoffersen, 2011, s. 319). Som pårørende er en avhengig av å få informasjon og forklaringer, det er viktig å høre på deres spørsmål og lytte til deres meninger, samt oppfatte deres følelser. En må vise pårørende respekt og tillit, og vise dem i praksis at de er en del av teamet rundt den døende (Hjort, 2010, s. 449). En må være klar over den kompetansen og informasjonen pårørende har om pasientens helsetilstand, og sørge for at pårørende inkluderes på en måte som gjør at de opplever seg ivaretatt og respektert (Dreyer, Førde og Nortvedt, sitert i Kristoffersen & Nortvedt, 2011, s. 109).



### **3.0 METODE**

Metode er den systematiske fremgangsmåten du benytter for å samle inn informasjon og kunnskap for å belyse en problemstilling (Thidemann, 2015, s. 77). Den er redskapet vårt i møte med noe vi vil undersøke. Metoden hjelper oss til å samle inn data, altså informasjon som trengs til undersøkelsen vår eller til problemet som skal belyses. Den skal også fortelle oss hvordan vi bør arbeide for å skaffe eller etterprøve kunnskapen som trengs (Dalland, 2012, s. 111–112). Sosiologen Vilhelm Aubert (sitert i Dalland, 2012, s. 111) formulerer metode slik: «En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder».

### **3.1 Litteraturstudie**

I en litteraturstudie vil kunnskap fra ulike skriftlige kilder systematiseres. Å systematisere innebærer å samle inn litteratur, gå kritisk gjennom den og til slutt å sammenfatte det hele (Magnus og Bakketeig, sitert i Thidemann, 2015, s. 79-78). Dette vil gi leseren en oppdatert og god forståelse av kunnskapen på det området som problemstillingen etterspør, samtidig som en fremhever hvordan en har kommet frem til kunnskapen (Thidemann, 2015, s. 80). Forsberg og Wengström (2015, s. 27) viser til Mulrow og Oxman sin beskrivelse av en litteraturstudie hvor en har et tydelig formulert spørsmål som systematisk besvares ved å identifisere, velge, vurdere og analysere forskning som er relevant.

### **3.2 Søkeprosess**

For å finne relevant litteratur har jeg nyttet meg av høgskolen sine helsefaglige databaser. Jeg har valgt å bruke databasene CINAHL og ProQuest i tillegg til Sykepleien Forskning, som alle er pålitelige og inneholder fagfelle-vurdert forskning om helse og sykepleie. Ord som ble brukt i søkeprosessen var: Dignity/verdighet, care/omsorg, elderly/eldre, end of life/livets slutt, nursing/sykepleie, dying/døende og nursing home/sykehjem. På bakgrunn av disse søkeordene ble fem artikler inkludert i oppgaven.

Jeg har nyttet meg av Ordnett via helsebiblioteket sine nettsider for å finne passende engelske søkeord, og i forbindelse med å oversette norske faguttrykk til engelsk. Søk som resulterte i høyt søkeresultat ble avgrenset i form av publikasjonsdato fra 2000 – 2017, at artiklene var

publisert i fulltekst og at de var engelskspråklige. Med unntak av artikkelen funnet på Sykepleien Forskning. Artiklene ble valgt ut på bakgrunn av at de belyste verdighet ved livets slutt fra ulike vinkler, og de sa noe om hva både pasient, pårørende og helsepersonell så på som en verdig død på sykehjem.

Søkehistorikk er gjengitt i tabeller (Vedlegg 1).

### **3.3 Forskningsetikk**

Etikk dreier seg om normene for riktig og god livsførsel, og den skal gi oss veiledning og grunnlag for vurderinger før vi handler. Når vi snakker om forskningsetikk er det et område av etikken som har med planlegging, gjennomføring og rapportering av forskning å gjøre. Det innebærer å ivareta personvern, og sikre troverdighet av forskningsresultater.

Kunnskapsdepartementet har oppnevnt ulike forskningsetiske komiteer. Komiteenes oppgaver er å veilede og gi råd om forskningsetiske spørsmål. All medisinsk og helsefaglig forskning som involverer mennesker, menneskelig biologisk materiale eller helseopplysninger skal godkjennes av en forskningsetisk komité (Dalland, 2012, s.96-98). Oppgaven vil legge vekt på å referere til riktig forfatter, og at det brukes riktig kildehenvisning. For å unngå plagiater, har jeg så godt som råd prøvd å gjengi hva forfatterne skriver uten å skrive direkte avskrift.

### **3.4 Kildekritikk og vurdering av egen oppgave**

Jeg hadde tidlig bestemt meg for tema for oppgaven, og ville finne ut hvilke faktorer som var avgjørende for å få en verdig død på sykehjem. I utgangspunktet hadde jeg tenkt å basere oppgaven på pasientenes erfaringer og forståelse av begrepet verdighet ved livets slutt. Gjennom søkeprosessen var det vanskelig å finne flere gode og relevante artikler som tok utgangspunkt i kun pasientens perspektiv. Jeg har derfor valgt ut artikler som ser på hva en verdig død på sykehjem er fra både pasientens, pårørende og helsepersonells synspunkter for å få en bredere forståelse for hva som anses som en verdig død på sykehjem.

Beslutningene av hvilke artikler som skulle tas med i oppgaven ble avgjort med tanke på om de hadde relevant innhold i form av tema som oppgaven belyser, og at de var godkjente forskningsartikler. Det ble vektlagt at artiklene hadde IMRaD-struktur. Denne strukturen er en utforming de fleste vitenskapelige artiklene innenfor medisin og helsefag følger (Thidemann,

2015, s. 68). Det ble også brukt sjekklister fra Kunnskapssenteret (2016) for å kontrollere validiteten til forskningsartiklene. Jeg var også bevisst i forhold til om artiklene var etisk vurdert, om etiske prinsipper som frivillighet, anonymitet og informert samtykke var ivaretatt og om de var godkjent av etisk komité. En svakhet ved artikkelen «Hva er en god død i sykehjem?» er at det ikke er nevnt noe om etikk, men jeg velger likevel å inkludere den i oppgaven da den var relevant. Ingen sensitive data eller pasientopplysninger kommer frem, i tillegg er informantene i oppgaven helsepersonell som ble rekruttert via forespørsel fra sykehjemmets ledelse.

Tre av artiklene som er tatt med i oppgaven retter seg mot det norske helsevesenet og verdighet ved livets slutt i norske sykehjem. En av artiklene er utført i Tyskland og en annen i Sverige. Jeg ser på resultatene i artiklene utført i Tyskland og Sverige som relevante inn mot oppgaven, på bakgrunn av at helsevesenet i Tyskland og Sverige på mange måter er likt organisert som det norske. Det var også et krav at forskningen som ble inkludert helst ikke var eldre enn 10 år, for å få belyst mest mulig oppdatert og ny kunnskap. Artiklene som er inkludert i oppgaven er publisert mellom 2006 og 2011.

## 4.0 RESULTAT

I dette kapittelet vil forskningsartiklene som blir brukt i oppgaven kort presenteres.

Viser også til resultattabell i vedlegg 2.

### 4.1 Oppsummering av forskningsartiklene

#### **Dignity and the challenge of dying in nursing homes: the residents` view**

Forfatter: Pleschberger, S. (2007).

**Hensikt:** Med tanke på at flere eldre lever sine siste dager på sykehjem, blir omsorg ved livets slutt på sykehjem stadig viktigere. Studiens hensikt var å undersøke meningen med verdighet og utfordringer med tanke på livets slutt sett i perspektiv fra eldre sykehjemsbeboere i Vest-Tyskland.

**Metode:** Studien er en kvalitativ studie basert på en Grounded Theory tilnærming og følger tre trinn av datagenerering. Narrative intervjuer med beboerne i sykehjem utgjør hovedgrunnet for resultatene presentert i denne artikkelen.

**Resultat:** Resultatene viser til at verdighet ble avgrenset til mellommenneskelig og relasjonell verdighet. Informantene beskrev at verdigheten ble utfordret på bakgrunn av å ha et omsorgsbehov og trussel mot sykdom, med tanke på lav bemanning og manglende omsorg i sykehjem. I resultatene kommer det frem at pasienten ikke ønsket å være til byrde for noen.

**Konklusjon:** Studien understreket at sykehjemsbeboere har en høy sårbarhet med hensyn til verdighet. Pasientene så på en verdig død ved at en får dø på rett tidspunkt, bli respektert for sine ønsker, å dø uten smerte eller andre plager, samt få ha sine nærmeste rundt seg.

**Etikk:** Informert samtykke til intervjuene ble innhentet gjennom muntlige avtaler. Etske hensyn ble observert under intervjuene. Dersom intervjuene førte til stress eller vekket følelse, brøt de av dialogen. Intervjuene ble gjenopptatt etter en hvileperiode, når intervjuobjektet var klar for det.

## **Staff and family relationships in end-of-life nursing home care.**

Forfatter: Gjerberg, E., Førde, R., & Bjørndal, A. (2011).

**Hensikt:** Studere involvering av pasientene og pårørende i livets siste fase.

**Metode:** Studien er basert på kvalitativ forskning. Studien baseres på datasamling og deltakelse gjennom spørreskjema fra 664 avdelinger fra totalt 364 sykehjem.

**Resultat:** Det kommer frem at det er få sykehjem som har gode prosedyrer og rutiner for involvering av pasient og pårørende i livets siste fase. Studien avdekker et behov for bedre rutiner for involvering av pasientene og pårørende i omsorg ved livets slutt. Økende involvering av leger og bedret samarbeid og kommunikasjon mellom sykehjemmets leger og helsepersonell må styrkes. Forbedring av kompetansen og fagkunnskaper hos personalet og bedret evne til kommunikasjon og involvering av pasientene og pårørende i avgjørelser om livets slutt. Tema som også blir tatt opp i artikkelen er livsforlengende behandling og utfordringer i forholdet mellom personalet og pårørende.

**Konklusjon:** Det kommer frem at det er et behov for utdanningsprogrammer og kvalitetssikringsprogrammer for å bedre kvaliteten på omsorgen som gis ved livets slutt på sykehjem.

**Etikk:** Artikkelen inkluderte kun helsepersonell, og all sensitiv informasjon ble anonymisert. Forskningsprosjektet var ikke innenfor mandatet til norske forskningsetiske komiteer og hadde derfor ikke behov for godkjenning av etisk komite.

## **Ethical Problems in End-of-Life Decisions for Elderly Norwegians**

Forfatter: Schaffer, M.A. (2007).

**Hensikt:** På bakgrunn av at mange dødsfall skjer på sykehjem, opplever pasienter, helsepersonell og pårørende stadig etiske dilemma knyttet til beslutninger omkring livets slutt i sammenheng med verdiene i det norske samfunnet. Denne studien utforsker etiske beslutningsprosesser som helsepersonell, pasientene og pårørende møter ved livets slutt.

**Metode:** Studien er kvalitativ forskning basert på semistrukturerte intervjuer, hvor deltakerne besto av 25 helsepersonell, 6 eldre pasienter og 5 familiemedlemmer/pårørende. Utvalget ble brukt til å utforske de etiske beslutningsprosessene knyttet til livets slutt for eldre mennesker.

**Resultat:** Det fremkommer i studien at det er behov for mer fagkunnskaper og kompetente helsepersonell for å gi eldre pasienter god pleie ved livets slutt. Pasientene ønsket ikke å være til byrde, eller at familien skulle se dem lide. Pasientene ønsket ikke livsforlengende behandling. De eldre ga uttrykk om behov for å snakke om døden, å få uttrykt sine ønsker, og oppga at dette ofte ble møtt med motstand fra familiemedlemmer. Familien gir uttrykk for et ønske om å hjelpe sin syke, og var fornøyd med pleien som ble gitt da det var klarhet i at pasienten var døende. Familiene ga også uttrykk for et ønske om å hjelpe sin nærmeste med å finne det rette behandlingstilbudet og tilpasse deres situasjon.

**Konklusjon:** Studien kommer frem til at dialogen mellom pasient, pårørende og helsepersonell ved palliasjon til eldre må bedres.

**Etikk:** Det norske samfunnsvitenskapelige data service ga godkjenning for oppstart av studien. Intervjuene ble utført på engelsk. To av deltakerne hadde tolk på bakgrunn av dårlig evne til å kommunisere på engelsk. Alle deltakerne signerte samtykkeerklæring, og ble informert om sin rett til å nekte å ta del i studien.

## **Views on Dignity on Elderly Nursing Home Residents.**

Forfatter: Franklin, L.-L., Ternestedt, B.-M., & Nordenfelt, L. (2006).

**Hensikt:** Målet med denne studien var å få en forståelse av hva Eldres syn på verdighet er ved livets slutt, samt det å oppholde seg på sykehjem.

**Metode:** Studien er kvalitativ, og det ble brukt en hermenautisk tilnærming for å tolke materialet som ble samlet inn i løpet av semistrukturerte intervjuer.

**Resultat:** For å gi verdig omsorg ved livets slutt, må en forstå hvordan tap av ulike kroppsfunksjoner, og hvordan det er å være avhengig av andre, påvirker pasientens verdighet. Om verdighet er et mål for omsorgen ved livets slutt på sykehjem, er det viktig at helsepersonell reflekterer over sine egne tanker rundt begrepet verdighet. Utdanning og observasjoner kan bidra til dette. Sykepleierens holdning, håndlag og optimisme styrker pasienten integritet. Det er viktig at sykepleieren ser og respekterer pasienten for den han er, og ser pasienten som et individuelt menneske gjennom å utøve individuell sykepleie som dekker pasientens behov.

**Konklusjon:** Om verdighet er målet ved omsorgen ved livets slutt, er det viktig at helsepersonell reflekterer over sine egne synspunkter på verdighet. Dette for å forstå hvordan en kan støtte pasientenes verdighet ved livets slutt. Utdannelse og observasjoner kan bidra til dette.

**Etikk:** Godkjenning til å gjennomføre studien ble innvilget av den lokale forskningsetiske komité. Deltakerne fikk individuell muntlig og skriftlig informasjon om studien fra sykepleiere på sykehjem. Et brev om informert samtykke ble undertegnet i tilstedeværelsen av en sykepleier når den muntlige informasjon om studien ble gitt, og deltakerne hadde sagt seg villige til å delta.

## Hva er en god død i sykehjem?

Forfatter: Gjerberg, E., & Bjørndal, A. (2007).

**Hensikt:** Hensikt med studien var å få mer kunnskap om hva som betegnes som «en god død» og hvilke forutsetninger som må ligge til grunn.

**Metode:** Kvalitativ studie basert på intervjuguide.

**Resultat:** Informantene påpekte fire sentrale temaer: god smerte og annen symptomlindring, trygghet for å ikke være alene, at pårørende blir godt ivaretatt og at det ikke iverksettes unødig livsforlengende behandling.

**Konklusjon:** Grunnleggende for å oppnå en god og verdig avslutning på livet er at pasient og pårørende blir respektert. Andre forutsetninger som må være tilstede er systematisk observasjon, god dokumentasjon, rutiner for oppfølging og ikke minst god kompetanse på lindrende behandling. Andre faktorer som hadde betydning var god kommunikasjon, og kontinuitet i relasjonen mellom pasient/pårørende og ansatte.

**Etikk:** En svakhet ved denne artikkelen er at det ikke nevnes noe om etiske avgjørelser eller overveielser. Eneste som kommer frem er at informantene ble rekruttert via forespørsel fra sykehjemmets ledelse.

## **4.2 Oppsummering av funn**

Felles for forskningsartiklene var at de sa noe om hva det vil si å dø med verdighet, og hvilke faktorer som kan bidra til en verdig død. Artiklene belyser pasienten sitt ståsted, samt i lys av pårørende, sykepleiere og annet helsepersonell sitt perspektiv. Oppfatningen av en god og verdig død oppleves forskjellig, og flere informanter syntes det var lettere å beskrive verdighet når deres verdighet hadde blitt truet eller krenket. Gjennomgangstema i artiklene belyser kompetanse blant sykepleiere og helsepersonell, kommunikasjon og samhandling mellom pasient, pårørende og helsepersonell, symptomlindring og etiske avgjørelser i møte med døden.



## 5.0 DRØFTING

I denne delen av oppgaven vil funnene fra forskningsartiklene bli drøftet opp mot valgt litteratur og egne erfaringer, sett i lys av et etisk perspektiv og teorien til Joyce Travelbee.

### 5.1 Den vanskelige samtalen

Av egen erfaring opplever jeg det som vanskelig å gå inn i en samtale om døden, og gjennom praksis har jeg ikke fått observere og lært hvordan en samtale om døden foregår, hva man sier og hvordan man går inn i slike samtaler. Mathisen (2011, s. 310) hevder at det er viktig å kommunisere om døden, slik at den som skal dø, føler seg godt ivaretatt og våger å ta opp temaer som plager han. Informantene i studien til Gjerberg og Bjørndal (2007) hevdet at de hadde behov for å snakke om sin forestående død. Det var først og fremst angsten for smerte, det å ikke å få puste og for å være alene, som lå til grunn for pasientenes behov for samtale. Informantene i studien til Franklin, Ternestedt og Nordenfelt (2006) avslørte frykt og angst over handlingene til de ansatte. De utrykte ofte mangel på forhandlinger om hvordan en på best mulig måte kan møte pasientens behov og ønsker.

Ifølge Schaffer (2007) er ikke det å snakke om døden noe som skjer lett i familier eller i helsevesenet i Norge. Bare et mindretall av sykehjemmene undersøkte pasientens og pårørendes meninger og behov vedrørende omsorg og behandling ved livets slutt. I lys av dette skriver Gjerberg, Førde og Bjørndal (2011) at det er få sykehjem som har gode prosedyrer og rutiner for involvering av pasient og pårørende i livets siste fase, og avdekker et større behov for bedre rutiner for involvering. Husebø og Husebø (2015, s. 21) understreker at helsepersonell ikke er tydelige nok. De gir ikke den informasjonen pårørende og pasient trenger, som kan gi dem forberedelse til at pasienten snart vil dø, samt forståelse for at en verdig livsavslutning nå er det helt sentrale mål. Ifølge Travelbee (1999, s. 135-137) er kommunikasjon en gjensidig prosess. Kommunikasjon er virkemiddelet sykepleieren bruker for å søke og gi informasjon, samt det middelet pasienten og familien bruker for å få hjelp. Gjennom kommunikasjon kan sykepleieren bli kjent med pasienten som menneske og etablere et menneske-til-menneske-forhold. Travelbee (1999, s.36-39) sier videre at sykepleieren må ha forståelse for at alle er forskjellige, at pasientene takler sin egen lidelse og sykdom ulikt, og at sykepleierens egne erfaringer og holdninger til døden har mye å si for hvordan kvaliteten på pleien blir. Dette understrekes også av Franklin et al. (2006) som beskrev hvordan holdningene til pleierne påvirket pasientenes indre styrke, identitet og selvbilde, og

hvordan dette kan stimulere eller hindre deres følelse av verdighet. På bakgrunn av dette hevder Mathisen (2011, s. 304) at om en opplever pleie av dødssyke som skremmende at en ønsker å skape avstand, kan det bli vanskelig å hjelpe den syke.

I studien til Pleschberger (2007) kommer det frem at en verdig død, blir sett i lys av å få respektert sine ønsker, og det å få lov til å dø. I lys av dette skriver Gjerberg et al. (2011) at personalets respekt for pasient og pårørende er en grunnleggende forutsetning for å gjøre den siste fasen i livet så god som mulig. Av egen erfaring ser jeg på dette som en helt naturlig del av utøvelsen av sykepleie, men som likevel er viktig å minne seg selv på. Det samme gjelder involvering av pasientene i livets slutt fase. Noe som også ble understreket i studien til Franklin et al. (2006).

Mathisen (2011, s. 310) skriver at det er viktig å erkjenne at døden er nær forestående for at pasient og pårørende får mulighet til å få en avslutning på livet som er i tråd med deres ønsker og verdier. I følge Brenne og Dalene (2016, s. 641) har en pasient som er døende behov for og krav på informasjon om sin tilstand, og hvilken målsetting pleien og omsorgen som blir gitt har. På bakgrunn av dette hevder Hjort (2010, s. 450) at de fleste pasienter er forberedt og takknemlige for å få vite utsiktene, og at det har betydning for å gi dem tillit i omsorgen. Dette underbygges av Heap (2012, s. 102) som sier at samtaleemne om døden har stor betydning for eldre, og det er blant annet gjennom forståelse og kommunikasjon at den andres verdi som unikt menneskelig individ kommer til uttrykk eller tilbakeholdes. Schaffer (2007) viser til at helsepersonell anerkjente viktigheten av å forberede eldre mennesker og familien på døden, til tross for at de var tilbakeholdne om å innlede diskusjoner om døden og bruke ordet «død» i samtalen med pasient og pårørende. Jeg har selv erfart at det er vanskelig å bruke ordet død og døden i samtale med pasientene, men ser likevel viktigheten av å være tydelig, ærlig og direkte i kommunikasjonen med eldre for å være sikker på at budskapet blir oppfattet.

Flere sykepleiere har erfart at det å kommunisere om døden i mange tilfeller er vanskelig, og det kan være en utfordring knyttet til hvilke tidspunkt slike samtaler skal innledes. Dette understrekes i studien til Gjerberg og Bjørndal (2007) som hevder at mange opplever det som en utfordring å gå inn i samtalen om at døden nærmer seg. Dette blir også underbygget av Kalfoss (2010, s. 484) som sier at mange sykepleiere er redde for å oppfordre pasienten eller andre til samtale om vanskelige følelser og reaksjoner. I studien til Gjerberg og Bjørndal

(2007) understrekes det at personalets erfaringer og trygghet på egen rolle er viktige forutsetninger for å gå inn i denne type samtaler.

Husebø og Husebø (2015, s. 22) skriver at en samtale om døden er aktuelt når noen – pasient, pårørende, pleiepersonalet eller lege forstår at pasientens liv nærmer seg slutten. Ifølge Heap (2012, s. 107) kommer pasientens signaler om behov for å snakke om døden sjelden direkte til uttrykk. Det er mer typisk at eldre gir indirekte, latente signaler om behov for å snakke om døden. Dette kan forstås i lys av at pasientene ikke ønsker å være til byrde for noen (Pleschberger, 2007). Noe som også samsvarer med mine egne erfaringer fra praksis: at pasientene er redde for å være til byrde, og velger å ikke utnytte den ressursen vi er. På bakgrunn av dette har sykepleiere et ansvar for å registrere signalene fra pasienten. Om ikke signalene registreres eller blir oversett, kan pasienten oppleve dette som et signal på mangelfull vilje eller evne til å snakke om døden. Jeg har også erfart at det er viktig å prioritere, og skape rom for slike samtaler, når pasienten selv gir uttrykk for behov for samtale, og ikke nødvendigvis når du som sykepleier har anledning og tid. Husebø og Husebø (2015, s. 22) hevder at alle sentrale parter har ansvar for å ta opp og snakke om døden, men fremfor alt fagpersonalet. På sykehjem er det ofte pleiepersonalet som står pasienten nærmest, og vil lenge før legen forstå at pasientens livsavslutning nærmer seg, og må derfor ta ansvar. Dette samsvarer med min erfaring fra sykehjem, og understreker viktigheten av at sykepleierne har god kommunikasjon med lege, slik at en kan formidle til lege at pasientens liv nærmer seg slutten, og målet med pleien kan rette seg mot å lindre, og skape en god opplevelse for pasienten den siste tiden.

Hjort (2010, s. 450) hevder at samtalen ofte tas for sent, og pasientens tilstand da er så dårlig at han ikke kan kommunisere og ytre ønsker. Da må ofte pårørende ta beslutninger på vegne av pasienten. I lys av dette skriver Gjerberg et al. (2011) at pårørende har rett til å bli med i diskusjoner angående pasienten når pasienten er for syk til å være med i prosessen selv. Til tross for dette kommer det frem i studien til Schaffer (2007) at mange pårørende ofte syntes det er vanskelig å ta avgjørelser på vegne av pasienten da de er redde for å ta feil valg. For å unngå at pårørende må ta vanskelige beslutninger på vegne av pasienten, har jeg erfart at om en tidlig i forløpet har fått en god tilnærming til pasienten, gjennom gode samtaler og godt palliativt arbeid, lettere kan ta gode valg sammen med pårørende som kan sikre pasienten en verdig død. Kjernen til å få en verdig død mener jeg ligger i å være forberedt, ved at en tidlig i forløpet har lagt et godt grunnlag for god palliasjon gjennom kommunikasjon med pasient,

pårørende og helsepersonellet rundt pasienten. Dette samsvarer med Hjort (2010, s. 450-451) som hevder at omsorg ved livets slutfase må baseres på teamarbeid og den må planlegges.

## **5.2 Symptomlindring og etiske avgjørelser**

Et av hovedpunktene som ble trukket frem i studien til Gjerberg og Bjørndal (2007) er god smertelindring og annen symptomlindring. For at dødsfasen skal bli så god som mulig fremhevet flere informanter at lindring av smerter og andre symptomer anses som svært viktig. God smertelindring blir også trukket frem i studien til Plechberger (2007) som avgjørende for å få en verdig død.

Det er flere forutsetninger for å lykkes med god symptomlindring. Gjerberg og Bjørndal (2007) peker på to forutsetninger som må være til stede. For det første må personalet evne å observere endringer i symptombylde. For det andre handler det om kompetanse både hos den enkelte pleier og på systemnivå, avdelingen må ha retningslinjer og rutiner for oppfølging som er nedtegnet og lett tilgjengelig for personalet. Av egen erfaring opplever jeg at god symptomlindring og en verdig død avhenger av å være forberedt. Ting kan snu fort, og det er viktig å være i beredskap slik at plagene kan lindres umiddelbart når plagene øker eller at ting snur og dødsfall inntreffer. Travelbee (1999, s. 142) beskriver menneske-til-menneske-forhold som et middel for å oppfylle sykepleierens mål og hensikt. Det kjennetegnes av at det syke individet eller den sykes familie får sine sykepleiebehov ivaretatt, gjennom gode observasjoner og identifisering av behov. På bakgrunn av dette fremhever Brenne og Dalene (2016, s. 642) at det er viktig å ha hyppige tilsyn til den døende, for å observere endringer i pasientens tilstand, samt iverksette symptomlindrende tiltak. Stillingsendring kan hindre trykksår, virke smerteforbyggende, lindrende og bidra til at det blir lettere å puste. Det er også viktig med regelmessig munnstell for økt velvære, for å unngå tørstefølelse og for å gjøre det lettere for pasienten å snakke. Viktig er det også at sykepleierne gjennom hyppige tilsyn forhører seg om pasientens ønsker, og gjerne tilbyr massasje eller spør om pasienten ønsker å lytte til musikk (Bjørø & Torvik, 2010, s. 346 – 347). Dette kan blant annet ses i lys av Travelbee (1999, s. 44) som skriver at en kan bruke seg selv terapeutisk. Av egen erfaring opplever jeg det vel så viktig å være til stede for pasienten, og gi god menneskelig omsorg som å lindre fysiske plager gjennom medikamentell behandling. Hjort (2010, s. 454) skriver at personalet må formidle trygghet, se på hvert eneste dødsfall som unikt, og sørge for at pasient og pårørende opplever at de er spesielle og får møte omsorg på sine premisser.

Flere av artiklene trekker frem at en bør unngå unødvendig livsforlengende behandling. Både i studien til Gjerberg et al. (2011) og i studien til Schaffer (2007) kommer det frem at informantene ikke ønsket livsforlengende behandling. Min opplevelse er at livsforlengende behandling kan redusere muligheten for en verdig død. Dette er også noe som understrekes i studien til Gjerberg og Bjørndal (2007). På bakgrunn av dette understreker Husebø og Husebø (2015, s. 28) at fagpersonalet har et spesielt etisk ansvar når vi forstår at døden er nært forestående, og ingen aktive behandlingstiltak lenger kan bidra til å gjenvinne helse og gode dager for pasienten. På den ene siden må vi forhindre at pasientens verdighet blir krenket gjennom meningsløse og belastende behandlingstiltak. På den andre siden må vi sikre at pasientene får den optimale palliative behandlingen de trenger til de dør (Husebø & Husebø, 2015, s. 28).

Av erfaring har jeg opplevd at en verdig død blir sett i lys av at pleierne har trygghet til å erkjenne at døden nærmer seg, og at dødsteget ikke nødvendigvis er tegn som krever innleggelse på sykehus, men som krever riktig behandling av sykehjemmets helsepersonell og leger. Gjerberg et al. (2011) fremhever at å anerkjenne at «tiden er inne» for å dø, er helt avgjørende, og en viktig faktor som påvirker beslutninger omkring behandlingen. På bakgrunn av dette skriver Husebø og Husebø (2015, s. 30) at medikamenter som forlenger dødsprosessen bør seponeres. Unntaket er de medikamentene som bidrar til en god palliasjon. I etikken blir ikke-skade begrepet trukket frem, og spesifiserer i mange tilfeller hva du ikke skal gjøre mot pasienten. Beauchamp og Childress (sitert i Nortvedt, 2016, s. 97) beskriver at mange av diskusjonene om begrensning av livsforlengende behandling referer til ikke-skade prinsippet som det overordnede prinsipp. Bondevik (2012, s. 414) hevder at beslutninger omkring livsforlengende behandling skal bygge på hva som ut fra en medisinsk og helsefaglig vurdering er til pasientens beste, og hva pasienten selv ønsker. Det står også nedfelt i pasient og brukerrettighetsloven (1999, § 4-9) at døende pasienter har rett til å motsette seg livsforlengende behandling. Er pasienten ute av stand til å formidle et behandlingsønske, skal helsepersonellet unnlate å gi helsehjelp dersom pasientens nærmeste pårørende tilkjennegir tilsvarende ønsker, og helsepersonellet etter en selvstendig vurdering finner at dette også er pasientens ønske og at ønsket åpenbart bør respekteres. Hjort (2010, s. 451) fremhever at det ofte ikke er klare, objektive kriterier for tidspunktet når livsforlengende behandling avsluttes, og vurderingen må derfor langt på vei bygge på erfaringer og skjønn hos lege og sykepleier.

Hjort (2010, s. 451) skriver videre at enighet om når tiden er inne er helt avgjørende, på bakgrunn av at uenighet og konflikt kan gjøre det umulig å lage og følge en god plan.

Det blir også nevnt i samtlige av artiklene at en verdig død blir sett i lys av å få ha noen hos seg, både i tiden før og når dødsfallet inntreffer. Mine erfaringer tilsier at dette ofte ikke skjer, på bakgrunn av at det sjelden eller aldri leies inn fastvakt. Informantene i studien til Pleschberger (2007) hevdet at det var avgjørende å få være med sine nærmeste når de dør. På bakgrunn av dette hevder Brenne og Dalene (2016, s. 642) at det å ha en person hos seg kan virke beroligende. Dette samsvarer også med mine erfaringer fra praksis, og fremhever hvor viktig det er at omsorgskulturen bygger på at ingen skal dø alene.

### **5.3 Kompetanse og kvalitet**

De aller fleste ved livets slutt trenger kompetansekrevende helsehjelp døgnet rundt (Aakre, 2015, s. 50). På bakgrunn av dette kommer det frem i studien til Schaffer (2007) at fagkunnskapen ofte er utilstrekkelig, og det er behov for mer kompetent helsepersonell for å gi eldre pasienter god pleie ved livets slutt. I lys av dette skriver Gjerberg et al. (2011) at norske sykehjem har store utfordringer i forhold til at en høy prosentandel av de ansatte ikke har en formell utdanning innen omsorg. Det er en også kjent utfordring å rekruttere kvalifisert helsepersonell, og ha leger tilgjengelig for å sikre forsvarlig medisinsk behandling. Dette samsvarer også med mine egne erfaringer, samt at det er knapphet på ressursene i omsorgen for eldre, som jeg selv erfarer at kan gå utover både kvaliteten og kontinuiteten i omsorgen for eldre. Dette understøttes også i studien til Franklin et al. (2006). Man kan i denne sammenheng knytte knappe ressurser opp til etikken. Begrepet nærhetsetikk appellerer til følelsene for og ansvaret for enkeltmennesket, men det er også dens svakhet at den kommer til kort når vi skal ta hånd om mange enkeltmenneskers skjebne, som vi må bedømme klokt og rettferdig (Nortvedt, 2016, s. 249).

Franklin et al. (2006) hevder at helsepersonell har en nøkkelrolle i eldres hverdag og deres opplevelse av verdighet. På bakgrunn av dette er det viktig at enhver sykepleier har et bevisst forhold til pleie og omsorg i møte med pasienter i livets slutfase (Shou, sitert i Mathisen, 2011, s. 303). Egne erfaringer viser til at det primært handler om holdninger og kompetanse på individuelt og organisatorisk nivå. Noe som også understøttes i studien til Gjerberg og Bjørndal (2007). Hagström (sitert i Mathisen, 2011, s. 304) peker på flere momenter for å

utøve god omsorg ved livets slutt. Han trekker blant annet frem forholdene rundt arbeidssituasjonen som avgjørende, god kommunikasjon med pasient og pårørende, kontinuitet og tid til å ta vare på den syke og de pårørende. Samt rutiner og innarbeidede ritualer for å sikre en god og verdig død. For at helsepersonell skal kunne sikre pasientens verdighet mot slutten av livet, er det avgjørende at de ansatte har et reflektert forhold til begrepet døden og verdighet. Noe som også underbygges av Franklin et al. (2006).

Av egen erfaring opplever jeg viktigheten, men også mangelen på god dokumentasjon i møte med pasienter i livets slutfase. På bakgrunn av dette fremhevet Gjerberg og Bjørndal (2007) at god dokumentasjon og gode rutiner for oppfølging er avgjørende. Husebø og Husebø (2015, s. 29) skriver at det gjelder å være forberedt. Samt at omsorgen baseres på teamarbeid (Hjort, 2010, s. 450). Først og fremst må en kunne vise til oppklarende journalnotater og forberedende samtaler med pasient, pårørende, pleiepersonale og lege. Videre bør det foreligge en palliativ plan, som beskriver tiltak for å løse forventede og mulige utfordringene som kan oppstå. Flere sykepleiere har erfart at en palliativ plan kan lette arbeidet og føre til trygghet og kontinuitet i pleien og omsorgen for pasientene. Grunnlaget for en slik plan er kompetent vurdering, forberedende samtaler og dokumentasjon, samt refleksjon om tidligere, nåværende og fremtidige utfordringer. Målet er å sikre pasienten optimal verdighet og livskvalitet den siste tiden (Husebø & Husebø, 2015, s. 29-30).

## 6.0 AVSLUTNING

Hensikten med denne litteraturstudien var å løfte frem hvordan en kan bidra til en verdig død for pasienter på sykehjem, ved å anskaffe informasjon om hva som anses som verdig omsorg til pasienter i livets slutfase. Jeg har ut i fra min litteraturstudie kommet frem til at det mest sentrale for pasientene var god smertelindring og annen symptomlindring, trygghet for å ikke være alene, god kommunikasjon og involvering av pasient og pårørende i beslutninger omkring sin forestående død, samt det å bli behandlet som et individuelt menneske. Det blir også trukket frem at livsforlengende behandling kunne redusere muligheten for en verdig død, når døden er nær forestående og ingen aktive behandlingstiltak lenger kan bidra til å gjenvinne helse eller gode dager for pasienten. Sykepleieren har i samarbeid med lege en viktig oppgave å sikre at pasientene får den optimale palliative behandlingen de trenger til de dør. Mitt inntrykk er at dialog mellom pasient, pårørende og helsepersonell ved palliasjon må bedres for at pasienten skal få en død i tråd med sine ønsker og verdier. Det er også behov for mer fagkunnskaper og kompetente helsepersonell for å gi eldre pasienter god pleie ved livets slutt.



## REFERANSELISTE

- Aakre, M. (2015). Verdig avslutning for alle. I M. S. Holm, & S. Husebø (Red.), *En verdig alderdom: Omsorg ved livets slutt*. (s. 49 – 59). Bergen: Fagbokforlaget.
- Bjøro, K., & Torvik, K. (2010). Smerte. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (s. 333 – 349). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Bondevik, M. (2012). Pleie og omsorg mot livets slutt. I M. Bondevik & H. A. Nygaard (Red.), *Tverrfaglig geriatri: En innføring* (3. utg., s. 409–422). Bergen: Fagbokforlaget.
- Brenne, A.-T., & Dalene, R. (2016). Symptomlindring av den døende pasienten. I S. Kaasa & J. H. Loge (Red.), *Palliasjon: Nordisk lærebok* (2. utg., s. 638–651). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Bruvik, F., Dragset, J., & Abrahamsen, J. F. (2017). Fra sykehus til sykehjem – hva samhandlingsreformen har ført til. *Sykepleien Forskning 2017 12*(60613)(e-60613) doi: 10.4220/Sykepleienf.2017.60613
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Eide, H., & Eide, T. (2011). *Kommunikasjon i relasjoner: Samhandling, konfliktløsning, etikk* (2. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Ertner, L. D. (2015) Berøring – en håndfull kjærlighet. I M. S. Holm & S. Husebø (Red.), *En verdig alderdom: Omsorg ved livets slutt* (s. 139-146). Bergen: Fagbokforlaget.
- Folkehelseinstituttet. (2016, 2. november). *Halvparten av oss dør i sykehjem*. Hentet 10. januar 2017 fra <https://www.fhi.no/nyheter/2016/halvparten-av-oss-dor-i-sykehjem/>
- Forsberg, C., & Wengström, Y. (2015). *Att göra systematiska litteraturstudier*. (4. utg.). Stockholm: Natur och kultur.
- Franklin, L., Ternestedt, B., & Nordenfelt, L. (2006). Views on dignity of elderly nursing home residents. *Nursing Ethics, 13*(2), 130-146. doi:10.1191/0969733006ne851oa
- Gjerberg, E., & Bjørndal, A. (2007). Hva er en god død i sykehjem? *Sykepleien Forskning, 2007. 2*(3), 174-180. doi: 10.4220/sykepleienf.2007.0057

- Gjerberg, E., Førde, R., & Bjørndal, A. (2011). Staff and family relationships in end-of-life nursing home care. *Nursing Ethics*, 18(1), 42-53. doi:10.1177/0969733010386160
- Hansen, A. (2015, 28. april). Enkelte beboere blir ikke stelt og tatt opp før klokka 11. Dette river langt inn i hjerterota. *Dagbladet*. Hentet fra:  
<http://www.dagbladet.no/nyheter/enkelte-beboere-blir-ikke-stelt-og-tatt-opp-for-klokka-11-dette-river-langt-inn-i-hjerterota/60778262>
- Hauge, S. (2010). Sykepleie i sykehjem. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (s. 219-236). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Heap, K. (2012). *Samtalen i eldreomsorgen: Kommunikasjon, minner, kriser, sorg*. (4. utg.). Oslo: kommuneforlaget.
- Heggestad, A. K. T. (2016). Verdighet som fenomen i sykepleien. I A. K. T. Heggestad & U. Knutstad (Red.), *Sentrale begrepet og fenomener i sykepleie: Sykepleieboken 2* (4. utg., s. 23-39). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Helsedirektoratet (2015). *Rapport om tilbudet til personer med behov for lindrende behandling og omsorg mot livets slutt: å skape liv til dagene* (Rapport IS-2278) Hentet fra:  
[https://www.regjeringen.no/contentassets/a4b45c8f57e741bdbb3bfb32c6b9ef43/rapport\\_hdir\\_palliasjonsrapport\\_160315.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/a4b45c8f57e741bdbb3bfb32c6b9ef43/rapport_hdir_palliasjonsrapport_160315.pdf)
- Helsedirektoratet. (2015, november). *Implementering av pakkeforløp for kreft*. Hentet 16. mars 2017 fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1083/IS-2426-Nasjonalt-plan-implementering-pakkeforlop-v2.pdf>
- Helsedirektoratet. (2017, 20. februar). *Samhandlingsreformen*. Hentet 04. april 2017 fra <https://helsedirektoratet.no/samhandlingsreformen>
- Hjort, P. F. (2010). Pleie og omsorg ved livets slutt. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten*. (s. 447-455). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Husebø, S., & Husebø, B. (2015). Omsorg ved livets slutt. I M. S. Holm & S. Husebø (Red.), *En verdig alderdom: Omsorg ved livets slutt* (s. 21-37). Bergen: Fagbokforlaget.

- Ilkjær, I. (2011). Den døende pasienten - døden som sosialt og sosiologisk-biologisk fenomen. I I. M. Holter & T. E. Mekki (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie: sykepleieboken 1* (4. utg., s. 742-782). Oslo: Akribe.
- Kalfoss, M. H. (2010). Møte med lidende og døende pasienter – sykepleieren møte med seg selv. I H. Almås, D.-G. Stubberud & R. Grønseth (Red.), *Klinisk sykepleie 2* (4. utg. s. 475-499). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kirkevold, M. (1998). *Sykepleieteorier – analyse og evaluering*. Oslo: Gyldendal akademisk
- Kristoffersen, N. J. & Nortvedt, P. (2011). Relasjonen mellom sykepleier og pasient. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E.-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie 1* (2. utg., s. 83 – 127). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kristoffersen, N. J. (2011). Sykepleier i organisasjon og samfunn. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E.-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie 1* (2. utg., s. 281 – 336). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kristoffersen, N. J. (2011). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E.-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie 1* (2. utg., s. 207-280). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kunnskapssenteret. (2016, 19. april). *Sjekklistor for vurdering av forskningsartikler*. Hentet 18. januar 2017 fra <http://www.kunnskapssenteret.no/verktoy/sjekklistor-for-vurdering-av-forskningsartikler>
- Mathisen, J. (2011). Sykepleie ved livets avslutning. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E.-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie 3* (2. utg., s. 295-336). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Norsk Sykepleierforbund (2016, 23. mai). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleie*. Hentet 13. januar 2017 fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17102/Yrkesetiske-retningslinjer>
- Nortvedt, P. (2016). *Omtanke: En innføring i sykepleierens etikk*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- NOU 1999:2. (1999) *Livshjelp: Behandling, pleie og omsorg for uhelbredelig syke og døende*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/30dbabb28fce4cbaa027317b4acb4918/nou/pd/fa/nou199919990002000dddpdfa.pdf>

- Pasient og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient og brukerrettigheter* av 2. juli 1999 nr. 63. Hentet 31. mars 2017 fra [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL\\_4](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL_4)
- Pleschberger, S. (2007). Dignity and the challenge of dying in nursing homes: the residents' view. *Age & Ageing*, 36(2), 197-202. doi: 10.1093/ageing/afl152
- Røkenes, O. H. (2002). Relasjonskompetanse og kommunikasjon. I O. H. Røkenes & P.-H. Hanssen (Red.), *Bære eller bryte: Kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker* (s. 11-44). Bergen: Fagbokforlaget.
- Schaffer, M. (2007). Ethical problems in end-of-life decisions for elderly Norwegians. *Nursing Ethics*, 14(2), 242-257. doi:10.1177/0969733007073707
- Thidemann, I.-J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleiestudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Universitetsforlaget
- Verdighetsgarantiforskriften. (2010). *Forskrift om verdig eldreomsorg (verdighetsgarantien)*. Hentet 13. januar 2017 fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2010-11-12-1426>

## Vedlegg 1 - Søketableller

### Søketabell 1

CINAHL 16.01.17	Søkeord (term)	Avgrensning (limit)	Resultat (antall)
Søk nr. 1	Nursing		504 712
Søk nr. 2	Dying		9286
Søk nr. 3	Nursing home		38 353
Søk nr. 4	Care		758 319
Søk nr. 5	End of life		12 222
Søk nr. 6	Dignity		3873
Søk nr. 7	S1 AND S2 AND S3 AND S4 AND S5 AND S6		10
Søk nr. 8	S1 AND S2 AND S3 AND S6	Published: 20070101-20171231	24

Artikkelen «Dignity and the challenge of dying in nursing homes: the residents` view», skrevet av Pleschberger, S. (2007) fant jeg på søk nr. 8 i databasen CINAHL. På søk nr. 8 fikk jeg til saman 24 treff, hvor denne artikkelen var nr. 5.

### Søketabell 2

CINAHL 15.02.17	Søkeord (term)	Avgrensning (term)	Resultat (limit)
Søk nr. 1	End of life		12 363
Søk nr. 2	Nursing home care		4711
Søk nr. 3	Nursing home		38 501
Søk nr. 4	S1 AND S2	Published: 20100101- 20170101. Aged, 80 and over. Language: English	45

Artikkelen «Staff and family relationships in end-of-life nursing home care», skrevet av Gjerberg, E., Førde, R., & Bjørndal, A. (2011) Fant jeg på søk nr 4 i CINAHL. På søk nr. 4 fikk jeg til sammen 45 treff, hvor denne artikkelen var nr. 8.

### Søketabell 3

ProQuest 21.02.17	Søkeord (term)	Avgrensning (limit)	Resultat (antall)
Søk nr. 1	Nursing home		370 899
Søk nr. 2	End of life		1 231 283
Søk nr. 3	Dignity		62 491
Søk nr. 4	Elderly		554 865
Søk nr. 5	S1 AND S2 AND S3 AND S4		5 310
Søk nr. 6	S1 AND S2 AND S3 AD S4	Full text. Published: 2000 – 2017. Language: English. Subject: Nursing or older people and aged and nursing home or terminal care or nursing.	1893

Artikkelen «Ethical Problems in End-of-Life Decisions for Elderly Norwegians» skrevet av Schaffer, M. A. (2007). Fant jeg på søk nr. 6 i ProQuest. På søk nr. 6 fikk jeg til sammen 1893 treff, hvor denne artikkelen var nr. 2.

### Søketabell 4

CINAHL 22.02.17	Søkeord (term)	Avgrensning (limit)	Resultat (antall)
Søk nr. 1	Nursing home		38 527
Søk nr. 2	Elderly		50 518
Søk nr. 3	Dignity		3898
Søk nr. 4	S1AND S2 AND S3		38

Artikkelen «Views on Dignity on Elderly Nursing Home Residents», skrevet av Franklin, L.-L., Ternestedt, B.-M., & Nordenfelt, L. (2006) fant jeg på søk nr 4 i CINAHL. På søk nr. 4 fikk jeg til sammen 38 treff hvor denne artikkelen var nr. 2.

I CINAHL var ikke artikkelen tilgjengelig i full tekst, men via CINAHL fant jeg artikkelen i full tekst via ProQuest.

## **Søk i Sykepleien Forskning**

Jeg fant forskningsartikkelen på Sykepleien Forskning med søkeordene: verdig død på sykehjem. Fikk til sammen 36 treff og denne artikkelen var nr. 10.

Søkt: 28/03/2017

Valgt artikkel: Hva er en god død i sykehjem?

## Vedlegg 2 - Resultattabeller

Artikkel	Hensikt	Metode og datasamling	Utvalg	Resultat
Pleschberger, S. (2007) «Dignity and the challenge of dying in nursing homes: the residents' view»	Hensikten med studien var å undersøke meningen med begrepet verdighet, og utfordringer med tanke på livets slutt sett i perspektiv fra eldre sykehjemsbeboere i vest-Tyskland.	Studien er basert på en kvalitativ forskningsmetode, Grounded Theory Approach.	Det ble utført kvalitative intervju med 23 personer fra 15 ulike organisasjoner. Deretter ble det utført narrative intervju med 20 sykehjemsbeboere. Som utgjør hoveddataene i denne undersøkelsen. Tre tverrfaglige fokusgrupper vurderte gyldighet og videre tolkning av data. Denne gruppen besto av 30 deltakere.	Verdighet ble ikke nevnt direkte ved ord, men ble sporet av fortellingene deres. Verdighet ble avgrenset til mellommenneskelige og relasjonell verdighet. Studien understreker at sykehjemsbeboere har en høy sårbarhet med hensyn til verdighet. Verdighet ut i fra pasintenes synspunkt ble sett på at en får dø til rett tid, ikke ha smerter eller andre ubehag og få ha sine nærmeste rundt seg når dem dør.

Artikkel	Hensikt	Metode og datasamling	Utvalg	Resultat
Gjerberg, E., Førde, R., & Bjørndal, A. (2011). «Staff and family relationships in end-of-life nursing home care»	Studere involvering av pasientene selv og deres pårørende rettet mot behandling og omsorg ved livets slutt. Samarbeidet mellom helsepersonell, pasienter og deres pårørende ble undersøkt.	Studien har et kvalitativt forskningsdesign. Det ble utført spørreundersøkelse ved alle norske sykehjem (786). Totalt 469 sykehjem besvarte spørreskjemaet. Et nytt spørreskjema ble sendt ut til avdelingene til de 469 som svarte på det første. Totalt 664 responderte fra 364 sykehjem, og studien tok utgangspunkt i	Studien baseres på datasamling og deltakelse gjennom spørreskjema fra 664 avdelinger fra totalt 364 sykehjem.	Den konstaterer et behov for bedre prosedyrer for diskusjoner mellom helsepersonell, pasienter og pårørende når det gjelder behandling og omsorg ved livets slutt. I studien kom det frem at det er behov for bedre involvering av leger, et behov for bedre



		svarene fra disse.		kommunikasjon, samt ta med pasient og pårørende i avgjørelser. Likeså forbedring av kompetansen til helsepersonell.
--	--	--------------------	--	---

Artikkel	Hensikt	Metode og datasamling	Utvalg	Resultat
Schaffer, M.A. (2007). "Ethical Problems in End-of-Life Decisions for Elderly Norwegians".	Belyse de etiske utfordringene og beslutningsprosessen ved livets slutt, som oppleves i det norske helsevesen gjennom fagfolk, eldre og familiemedlemmer.	Kvalitativ forskning basert på semistrukturerte intervjuer.	Besto av 25 helsepersonell, 6 eldre pasienter og 5 familiemedlemmer/pårørende.	Det er behov for mer fagkunnskap og kompetente helsepersonell for å gi eldre pasienter god pleie ved livets slutt. De eldre informantene ga uttrykk for at de ikke ønsket livsforlengende behandling. Det kommer også frem at dialogen mellom pasient, pårørende og helsepersonell ved palliasjon til eldre må bedres.

Artikkel	Hensikt	Metode og datasamling	Utvalg	Resultat
Franklin, L.-L., Ternestedt, B.-M., & Nordenfelt, L. (2006). «Views on Dignity of Elderly Nursing Home Residents».	Hensikten med studien var å få en forståelse av hva eldres syn på verdighet er ved livets slutt, samt det å oppholde seg på sykehjem.	Studien er kvalitativ, det ble brukt en hermeneutisk tilnærming for å tolke materialet som ble samlet inn i løpet av semistrukturerte intervjuer.	Studien er utført i Sverige, hvor til sammen 12 mennesker (10 kvinner og 2 menn) over 85 år deltok. De 12 menneskene var fra to forskjellige sykehjem, som lå innenfor samme geografiske område i en større by i Sverige.	Resultatene viser at det var lettere å beskrive verdighet når deres verdighet hadde blitt truet eller krenket. Deltakerne knyttet verdighet opp mot hvordan de opplevde sin egen kropp, og det ble delt opp i tre ulike temaer: Den ukjennelige kroppen, skjørhet og avhengighet, og indre styrke og en følelse av sammenheng. Sykepleiernes holdning, handlag og optimisme og kontakt, samt å bli behandlet som et individuelt menneske bidrog til å styrke pasientens verdighet.

Artikkel	Hensikt	Metode og datasamling	Utvalg	Resultat
Gjerberg, E., & Bjørndal, A. (2007). «Hva er en god død i sykehjem?»	Finne mer kunnskap om hva som betegnes som «en god død» og hvilke	Kvalitativ forskning metode, basert på en intervjuguide.	Et strategisk utvalg på 14 personer med ulike fagbakgrunn, ansatt ved fem	Tema som ble fremhevet som svært sentrale var; god smerte og annen symptomlindring,

	forutsetninger som må ligge til grunn.		sykehjem i fire helseregioner.	trygghet for å ikke være alene, at pårørende blir godt ivaretatt og at det ikke iverksettes unødig livsforlengende behandling.
--	--	--	--------------------------------	--