



Høgskulen  
på Vestlandet

# BACHELOROPPGÅVE

Ein god død  
A Good death

**Kandidatnummer 135**

Bachelorutdanning i sjukepleie  
Fakultetet for helse- og sosialvitenskap (FHS)/ Institutt for  
helse- og omsorgsvitenskap/ Sjukepleie i Førde  
Innleveringsdato 07.12.20

## Samandrag

**Tittel:** Ein god død

**Bakgrunn for val av tema:** Statestikk frå 2017 viser at 52% av alle dødsfall i Noreg skjedde i institusjonar, utanom sjukehus. Sjukepleiar har eit stort ansvar for å kunne gi god pleie palliative pasientar på sjukeheim.

**Problemstilling:** «Korleis ivareta pasientar i livets slutfase?»

**Metode:** Litteraturstudie kor forskingsartiklar og teori har blitt analysert og vurdert for å kunne drøfte rundt problemstillinga.

**Konklusjon:** Pleie til pasientar i livets slutfase krev at sjukepleierane har grunnleggjande kunnskap om palliativ pleie. Sjukepleiarane har mange oppgåver, og gjør sitt beste for å ivareta pasientane, men mangla resursar til å kunne gjennomføre dette. Noko som kan gå ut over den eldre pasienten.

**Nøkkelord:** Palliativ pleie, sjukeheim, sjukepleiar, omsorg ved livets slutfase.

## Summary

**Title:** A good death.

**Background of choice of theme:** Statistics from 2017 show that 52% of all deaths in Norway occurred in institutions, except hospitals. Nurses have a big responsibility to be able to provide good care to palliative patients in nursing homes.

**Thesis question:** «How to take care of patients in the final stages of life?»

**Method:** Literature study of research articles and theory has been analyzed and evaluated in order to be able to discuss the issue.

**Conclusion:** Care for patients in the end-of-life phase requires that nurses have basic knowledge of palliative care. The nurses have many tasks, and tries to do their best to take care of the patients, but lack of resources to be able to carry this out. Which can affect the elderly patient.

**Keywords:** Terminal care, nursing home, nurse, end-of-life- care.

## Innhold

<b>1. Innleiing</b> .....	<b>1</b>
1.1 Bakgrunn for val av tema .....	1
1.2 Problemstilling .....	1
1.3 Avgrensing og presisering.....	1
1.4 Omgrepsavklaring.....	1
1.5 Oppgåvas oppbygging.....	1
<b>2. Teori</b> .....	<b>2</b>
2.1 Nasjonale føringar .....	2
2.2 Sjukepleie ved livets slutt.....	3
2.2.1 Personsentrert sjukepleie.....	4
2.2.2 Symptomlindring.....	4
2.2.3 Når livet går mot slutten .....	5
2.3 Kommunikasjon.....	6
<b>3. Metode</b> .....	<b>8</b>
3.1 Litteratursøk som metode.....	8
3.2 Søkord og databaser .....	8
3.3 Val av forskingsartiklar og litteratur.....	9
3.4 Kjeldekritikk .....	10
<b>4. Funn</b> .....	<b>12</b>
4.1 Preserving dignity in end-of-life nursing home care: Some ethical challenges. ....	12
4.2 Døende pasienter i sykehjem: Sykepleieren gjør «mer av alt» og er «alene om alt».....	12
4.3 End-of-life care in a nursing home: Assistant nurses' perspectives. ....	12
4.4 Nursing home staff's views on resident's dignity: a qualitative interview study. ....	13
4.5 Hva er god død i sykehjem?.....	13
4.6 Oppsummering av funn.....	14
<b>5. Drøfting</b> .....	<b>15</b>
5.1 Kommunikasjon.....	15
5.2 Lindrande behandling.....	16
5.3 Ei verdig avslutning på livet .....	18
<b>6. Konklusjon</b> .....	<b>20</b>
<b>Referanseliste</b> .....	<b>21</b>
Vedlegg 1 .....	25
Vedlegg 2 .....	25
Vedlegg 3 – Søketablellar .....	A
Vedlegg 4 – Sjekkliste for kvalitative studie .....	I

## 1. Innleiing

Levealderen i Noreg har auka med 20-25 år dei siste 100 åra, og forventta levealder er no 85 år for kvinner og 81 år for menn (Statistisk sentralbyrå, 2020). Eldre har betre helse enn nokon gang før, og antal år med dårleg helse er betydelig redusert. Mesteparten av alle dødsfall i Noreg er eldre personar, og dei fleste dør i kommunale pleie- og omsorgsinstitusjonar (Saltvedt & Wyller, 2016). Andelen dødsfall som skjer i sjukeheimane er aukande, og sjukeheimane får ei viktigare rolle i palliasjon. Av den grunn er det viktig at alle sjukepleiarar beherskar grunnleggjande palliasjon. Med dette meinast god symptomlindring og omsorgsfull ivaretaking ved livets slutt for pasientane og deira pårørande (Haugen & Aass, 2016, s.117). På grunn av utfordringar rundt tilstrekkelig kompetanse hos dei tilsette som arbeidar på sjukeheimane, fører dette til at sjukepleirane får auka arbeidsmengde og meir ansvar (Thoresen & Dahl, 2015 s.940-941; Svendsen et al, 2017, s.13).

I 2012 vart Samhandlingsreforma gradvis innført (St.meld. nr.47 (2008-2009)). Ein sentral del av reforma er overføring av behandlingsansvar frå spesialisthelsetenesta til primærhelsetenesta. Eldre har færre liggedøgn på sjukehus enn før, og dobbelt så mange dør på sjukeheim no, samanlikna med tida før samhandlingsreforma (Bruvik, Dragset & Abrahamsen, 2017). I 2017 var 52% av alle dødsfall i Noreg på sjukeheim eller annen omsorgsinstitusjon, utanom sjukehus (Folkehelseinstituttet, 2019).

I følge Holmberg (et al, 2019), vil sjukepleierane som jobbar på sjukeheimar trenge meir kunnskap om palliative pasientar (s. 1730).

### 1.1 Bakgrunn for val av tema

Både gjennom praksis og i arbeid ved sidan av studiet, har eg opplevd pasientar som er i palliativ fase, men og uventa dødsfall. Eg har arbeida på sjukeheim i 3 år, og skal vidare arbeide på sjukeheim som sjukepleiar når eg er ferdig utdanna. Første gangen eg var med ein pasient i palliativ fase var i sommaren 2020. Sjølv om eg hadde skjema å fylle ut, og gode kollegaer med meg, og rutinar for kva eg skal gjere, kjende eg meg hjelpelaus. Kva kan eg gjøre, slik at pasientane mine som er i palliativ fase blir ivaretatt? Dette er grunnen til at eg har valgt å skrive om palliativ pleie i mi bacheloroppgåve. Mitt største ønske er at eg kan ivareta pasientane som eg har ansvar for, og kunne gi dei ein verdig død.

## 1.2 Problemstilling

I denne bachelor-oppgåva skal eg belyse følgjande problemstilling:

«Korleis ivareta pasientar i livets slutfase?»

## 1.3 Avgrensing og presisering

I denne oppgåva skal eg undersøke korleis ein kan ivareta pasientar i livets slutfase, og korleis sjukepleiar kan legge til rette for dette. På grunn av høge dødstal på sjukeheimar vel eg å avgrense oppgåva mi til pasientar som bur på sjukeheim og som er i livets slutfase. Oppgåva blir avgrensa til pasientar som er 80 år og oppover. Det blir ikkje lagt vekt på spesielle sjukdommar, men heller pasientar som dør av naturlege årsaker. Det er også teke utgangspunkt for at pasientane er kognitivt friske og mogeleg å ha kontakt med. Det vil sei at pasientar med demens og pasientar som ikkje har språk ikkje blir vektlagt i denne oppgåva. I oppgåva blir pasientane kalla for «han» eller «pasienten», sjølv om det er snakk om begge kjønn.

## 1.4 Omgrepsavklaring

Orda «palliativ pleie», «palliativ fase», «terminal», «terminal omsorg» og «livets slutt», er ord som i denne oppgåva blir brukt om kvarandre og som her har lik betydning. «Palliativ» fase vil i denne oppgåva dreie seg om dei siste døgn og timane før pasienten dør.

## 1.5 Oppgåvas oppbygging

Vidare er bacheloroppgåva er delt inn i 6 kapittel, der nokre har fleire underkapittel. Kapittel 2 er teorikapittel, der blir teorien eg har valgt å inkludere i denne oppgåva presentert. Teori frå dette kapittelet blir vidare brukt i drøftningskapittelet. Kapittel 3 er metodekapittel, der presentasjon av metode og korleis innhenting av forskning blei gjort. I kapittel 4 blir forskingsartiklar presentert med funn og resultat. I kapittel 5 blir resultat frå forskning drøfta og sett opp mot teori. Kapittel 6 er det siste kapittelet der oppgåva oppsummerast og tankar samlast.

## 2. Teori

I dette kapittelet vil eg gjere greie for teori som er relevant for tema og problemstilling til denne oppgåva. Gjennom dette kapittelet skaper eg eit teoretisk fundament som eg vidare i oppgåva vil diskutere i drøftinga mi. Teorikapittelet er delt opp i 3 kapittel med nokre underkapittel.

### 2.1 Nasjonale føringar

I 1975 vedtok De forente nasjoner (FN) internasjonale retningslinjer og prinsipp for omsorg i livets siste dagar, som går under nemninga «En verdig avslutning på livet» (Bondevik, 2012, s. 411). Desse retningslinjene bygger på eit heilskapleg menneskesyn og sentrale verdiar som fysiske, psykiske, sosiale og eksistensielle dimensjonar. Blant anna retten til å ikkje måtte dø aleine, og retten til å dø i fred, med verdigheit (Bondevik, 2012, s. 411).

Nasjonalfaglege råd frå 2018, «Lindrende behandling i livets slutfase» (Helsedirektoratet) er utarbeida for å støtte tilsette i helse- og omsorgstenester som arbeider med palliative pasientar. Råda har fire hovudelement; kjenne att når pasienten nærmar seg livets slutt, om tilstanden stabilisera seg eller om pasienten er døande, ivareta kommunikasjon og pasientmedverknad, gjere vurderingar innan ernæring og væskebehandling, og gi omsorg og lindrande behandling som er forsvarleg og kunnskapsbasert slik at pasienten får ei så god avslutning på livet som mogeleg, til tross for symptom og plagar som kan oppstå ved livets slutt (Helsedirektoratet, 2018).

I mai 2020 vart stortingsmeldinga «Lindrende behandling og omsorg - vi skal alle dø en dag. Men alle andre dager skal vi leve» (Meld. St. 24 (2019-2020)) presentert. Denne er utarbeida på bakgrunn av funna som vart oppdaga i NOU 2017: 16 «På liv og død – palliasjon til alvorlig syke og døende» (NOU 2017:16). Regjeringa hadde seks verdiar i botn for denne stortingsmeldinga; openheit, heilskapleg menneskesyn, verdigheit, meining, medverknad og valfridom (Meld. St. 24 (2019-2020) s. 2-3). Målet for lindrande behandling og omsorg er at alle skal få oppleve ein verdig avslutning på livet, i tråd med eigne ønsker og verdiar. Tilbodet om lindrande behandling og omsorg må ivareta heile mennesket. Fysisk, psykisk, sosiale, åndelige og eksistensielle behov må ivaretakast på ein heilskapleg måte. Dette krev planlegging, kompetanse og kommunikasjon mellom pasientane, pårørande og helsepersonell (Meld. St. 24 (2019-2020) s. 4).

Respekt for livet, menneskeverdet og integritet til kvar enkelt pasient, og retten til pasientmedverknad når det gjeld eigen helse, er ein del av pasient- og brukarrettighetslova (Pasient- og brukarrettighetsloven). Desse verdiane gjeld også for pasientar i livets slutfase, verdiane er sentrale for å gi pasientane ein verdig død. Målet med sjukepleie for pasientar i palliativ fase, er å gi dei ein verdig død (Thoresen & Dahl, 2015, s. 934). Det finnes ingen felles forståing eller ein endeleg definisjon for kva ein god og verdig død er. Vi kan berre legge til rette for kven den døande pasienten er og kva ønsker pasienten har (Thoresen & Dahl, 2015, s. 934).

Norsk sjukepleiarforbund har laga yrkesetiske retningslinjer som skal følge sjukepleiarar i arbeid. Under punkt 2.12 står det; «Sykepleieren bidrar til en naturlig og verdig død, og at pasienten ikke dør alene» (Norsk sykepleierforbund, 2019). I § 3-2 i pasient- og brukarrettighetsloven er det fastbestemt at pasienten har rett til informasjon i sin helsetilstand. I § 3-3 står det at pårørende til pasienten har rett til informasjon om pasienten sin helsetilstand (Pasient- og brukarrettighetsloven, 1999). I 2011 kom forskrift om ein verdig alderdom (Verdighetsgarantien, 2010). Mellom anna står det i denne forskrifta at dei kommunale pleie- og omsorgstenestene skal legge til rette for ein eldreomsorg som sikrar den enkelte tenestemottakar eit verdig og så langt som mogeleg, meiningsfullt liv, i samsvar med sine individuelle behov (Verdighetsgarantien, 2010 § 2).

## 2.2 Sjukepleie ved livets slutt

På dei fleste sjukeheimar er legen tilstade nokre timar per veke. Det er ofte sjukepleiar på sjukeheimen som kommuniserer med pasienten og pårørende. Sjukepleiaren er nærmare pasienten og vil oftere, enn legen, oppdage teikn på at livet til pasienten går mot slutten (Husebø & Husebø, 2015, s.22). Sjukepleiaren må da ta ansvar for at det blir eit møte mellom lege, pasient, pårørende og sjukepleiar på sjukeheimen. Under dette møtet skal det lagast ein palliativ plan til pasienten. Den palliative planen skal ta utgangspunkt i pasienten sine ønsker, sjukepleiaren skal sørge for god kommunikasjon mellom pårørende, pasient og lege (Husebø & Husebø, 2015, s.22-23). Hovudregelen er at det aldri skal førast ein samtale om pasienten, utan at pasienten er til stede. Unntaket frå denne regelen er om pasienten er psykotisk eller bevisstlaus, dersom pasienten har alvorlig kognitiv svikt grunna demens eller andre sjukdommar eller døande pasientar som er svekka og som gir signal for at den ikkje lenger



ønsker å delta i samtalen, det er derfor viktig å ha denne samtalen tidlig i forløpet (Husebø & Husebø, 2015, s.23).

I følge Eide og Eide (2017) er det ofte sjukepleiaren som sitter hos pasienten når de pårørende ikkje kan være der, sjukepleiaren kan da være den som bidrar til at pasienten får utløp av det han har på hjartet. Eller pårørende kan få utløp for det dei grublar på, knytt til pasienten og døden (s.336).

### 2.2.1 Personsentrert sjukepleie

Sjukepleie med utgangspunkt i den enkelte pasienten si oppleving, verdiar, ønsker og behov, byggjer på ein god relasjon mellom pasient og sjukepleiar. Det inneberer at sjukepleiaren verdesetter pasientens erfaring, forståing og kunnskap i utforminga av sjukepleie og at samhandlinga mellom dei bygger på likeverd, samarbeid og gjensidig avhengigheit. En slik relasjon kan ha ulik karakter, nærleik og djupn, avhengig av den enkelte pasientens føresetnadar, ønsker og behov. God interaksjon er alltid basert på gjensidig respekt og god kommunikasjon. Ein open kommunikasjon er ein føresetnad for å lykkast. Det krev gode kommunikasjonsferdigheiter og even til dialog. Dei fleste eldre pasientar føretrekk å etablere ein relasjon til ein eller nokre få sjukepleiarar, som dei kan bli kjend med, og som kjenner pasienten sin situasjon. Det skaper tryggleik og forutsigbarheit, og dei slepp å måtte gi informasjon om sine egne behov og preferansar til stadig nye personar (Kirkevold, 2016, s.108).

### 2.2.2 Symptomlindring

Å gi god omsorg og lindring ved livets slutt er grunnleggande for alle som jobbar innan helse. Ei god tilnærming til pasienten og familien mot livets slutt er viktig for å sikre at ein person forlèt livet så fredeleg som mogleg. Dette er like viktig for pårørende som for pasienten sjølv. Å dø er ein irreversibel fysiologisk prosess (Brenne & Dalene, 2018, s. 638). Når døden nærmar seg, skjer det som regel ei gradvis funksjonsforverring hos pasienten som dør av alderdom eller av kronisk progressiv sjukdom. Personen blir meir sengeliggande, sluttar å ta til seg mat eller drikke og blir til slutt mindre kontaktbar. Urinproduksjonen og tarmaktiviteten går ned, pusten endrar seg, og O<sub>2</sub>- behovet blir mindre (Brenne & Dalene, 2018, s. 638) . Opp til 75% av alle pasientar i den døande fasen opplever smerter som krev behandling med opioider (s. 643). Pasientar som bruker opioider før den palliative fasen,

trenger desse i uendra eller økt dose de siste 48 timane før døden (Brenne & Dalene, 2018, s. 643). Opioider blir ofte brukt for å behandle moderate til sterke smerter (Skorpen, s.363)

I følge Brenne og Dalene (2018) er smerte, dyspné [tungpust], delirium [forvirring], sekretstagnasjon [opphoping av slim] i luftveiene, obstipasjon [forstoppelse] og diare, agitasjon [psykomitorisk uro], problem med å late vatnet, dysfagi [vanskar med å svelge], kvalme og oppkast dei vanlegaste symptoma i palliativ fase er. Å være til stede for pasienten, eller at pårørende kan sitte med pasienten kan være tryggande og kan roe pasienten. Endring av liggstilling kan vere smertelindrande, det kan betre pusten til pasienten og kan forhindre trykksår (Brenne & Dalene, 2018, s.642).

### 2.2.3 Når livet går mot slutten

Palliasjon er ifølgje Helsedirektoratet (2015) aktiv behandling, pleie og omsorg for pasientar med uhelbredeleg sjukdom og kort forventet levetid. Vidare skriv Helsedirektoratet (2015) at målet med all behandling, pleie og omsorg er best mogleg livskvalitet for pasienten og deira pårørende. Andelen dødsfall som skjer i sjukeheim er aukande, og sjukeheimane får ei viktigare rolle i palliasjon, av den grunn er det viktig at alle sjukeheimar beherskar grunnleggjande palliasjon. Med dette meinast god symptomlindring og omsorgsfull ivaretaking ved livets slutt for pasientane og deira pårørende (Haugen & Aass, 2016, s. 117). Kaasa og Loge (2016) hevder at det er praktiske utfordringar knytt til behandling, pleie og omsorg av pasientar som har kort forventet levetid. Hovudfokuset skal vere å betre, og oppretthalde eller legge til rette for best mogleg livskvalitet, både for pasientane men også pårørende. Dersom helsevesenet skal ha eit godt klinisk tilbod, krev det tverrfagleg samarbeid, på fleire ulike nivå (Kaasa & Loge, 2016, s. 36-37). Husebø og Husebø (2015) peiker på at dersom ein skal bidra til at pasienten får eit godt liv på slutten, bør ein sørge for at vedkommande får dø når tida er inne. At pasienten er omgitt av nære pårørende, og at pårørende på si side har fått hjelp til å forstå at ikkje døden blir sett på som ein fiende, men heller ein befrielse. Det er viktig at helsepersonell ikkje forlenger dødsprosessen, men tar bort medikament som kan bidra til å forlenge den. Og at helsepersonell med kompetanse skal gi palliasjon og medikament som lindrar pasienten sine plager (Husebø & Husebø, 2015, s. 29).

Palliasjon handlar om å ivareta fysiske, psykiske, sosiale og åndelege/eksistensielle behov. Det vil vere individuelle variasjonar mellom pasientar som er i palliativ fase av livstruande sjukdommar, og situasjonen til pasientane vil også endre seg undervegs. Kroppen vil vere

prega av sjukdommen, og tanken på døden kan skape uro og kjennast som truande for pasienten (Hirsch & Røen, 2016, s. 315-317). Sjukepleiaren har ei viktig rolle i arbeidet med å ivareta pasienten sitt åndelege behov, med mange av dei små samtalanane med pasientane og pårørande (Hirsch & Røen, 2016, s. 315).

## 2.3 Kommunikasjon

Ordet kommunikasjon kjem frå det latinske ordet, *communicare*, som betyr « å gjøre felles» (Loge, 2018, s. 216). Alle menneske har ein grunnleggande medfødt evne til kommunikasjon. Den allmenne kommunikasjonskompetansen utviklar vi i samhandling med andre menneske, først og fremst gjennom språkutvikling. Kommunikasjonskompetansen er den viktigaste ressursen du har når du skal jobbe med menneske. Å gjøre ein god jobb handlar i stor grad om å bruke det du allereie har i kraft av å være et kommuniserande medmenneske (Røkenes & Hanssen, 2002, s.9).

Profesjonell kommunikasjon er personorientert og faglig fundert. At kommunikasjonen er personorientert vil seie at ein ikkje ser den andre som pasient eller brukar, men som ein heil person, med ibuande ressursar og moglegheiter, eigne verdiar og prioriteringar, med individuelle ønsker og mål når det for eksempel er snakk om eigen helse og livssituasjon (Eide & Eide, 2017, s.16). Sentralt i personorientert kommunikasjon er at ein er ein aktiv lyttar og ser den andre som en unik person. Personorientert kommunikasjon er også knytt til verdiar og inneberer å utforske og anerkjenne det som den andre personen opplev som verdifult og viktig for eigen del. Dette kan være noko heilt anna enn kva du førestiller deg (Eide & Eide, 2017, s. 16).

Profesjonell kommunikasjon er også alltid eit helsefremjande formål. Helsefremjing inneberer å bidra til mestring og betring av helse for det enkelte individ (s.17).

Profesjonell kommunikasjon har som mål å motivere den andre, stimulerer den andre til å ta tak i eigen situasjon der dette er nødvendig, og styrke den andre i å bruke eigne ressursar, trene seg opp og gjennomføre endringar der dette er nødvendig for å betre helsa. God kommunikasjon kan styrke den ander sin indre motivasjon på ulike måtar (Eide & Eide, 2017, s. 18).

Eide og Eide (2017) skriv at tillit og mistillit er grunnleggande i mellommenneskelig kommunikasjon. Å vise andre tillit som helsepersonell inneberer å gi frå seg makt, sleppe kontrollen og ta ein risiko. Det inneberer å nærme seg noko ubestemt, noko ein ikkje heilt veit korleis kjem til å utarte seg. Slik er det også for den andre, pasienten, brukaren eller pårørande. Når ein viser tillit kan det bety å bli invitert på eit område kor ikkje alt er forhandsbestemt, kor begge partar av samtalen må ta ein risiko, kor ein ikkje har den same kontrollen ein før hadde. Ved å ha gjensidig tillit knytt opp mot at ein våger seg inn på noko ubestemt, i lag med den andre (Eide & Eide, 2017, s.26).

I arbeid med eldre kan ein ofte møte pasientar med engsteleg overfor korleis slutten på livet skal bli. Dersom ein vel å ikkje respondere på når pasienten, direkte eller indirekte kommer med spørsmål som har med livets slutt og døden å gjere, etterlet ein pasienten i isolasjon og einsemd. Ved å gjere dette gjer ein situasjonen utfordrande for pasienten (Eide & Eide, 2017, s.336). Det finnest ingen fasit eller korrekt svar på korleis ein skal eller burde ta opp eksistensielle spørsmål og samtalar, bortsett frå at ein burde være til stede i samtalen, akseptierende og lyttande til pasienten, på pasientens premissar. For å kunne være ein god samtalepartnar til ein døande pasient er det viktig at ein sjølv har tenkt igjennom sitt eige forhold til døden. Kven er eg og kva gir meining i mitt liv? Kva tenker eg sjølv om døden, og kva som skjer etter døden? Dissa spørsmåla kan være vanskelege å svare på, spesielt om ein er ung og har heile livet framfor seg (Eide & Eide, 2017, s.336).

For å sikre at pasienten får ei god og verdig avslutning på livet vert det anbefalt å ha ei samtale med lege, sjukepleiar, pårørande og pasienten sjølv. Under samtalen er det temaet døden som skal bli tatt opp. Kva skal ein gjere dersom pasienten får ein lungebetennelse, eller eit illebefinnande? Kva ønske pasienten har for sitt eige liv skal bli prioritert først. Som oftast er det legen som leder denne samtalen, men det er sjukepleiaren som er der etter samtalen er slutt og møter reaksjonane til pasienten og pårørande (Eide & Eide, 2017, s.337-338).

### 3. Metode

Metode blir brukt for å samle inn kunnskap og informasjon på ein systematisk framgangsmåte, for å belyse den valde problemstillinga (Thidemann, 2019, s. 74).

#### 3.1 Litteratursøk som metode

Metoden som er lagt til grunn for denne oppgåva er litteraturstudie. Ein litteraturstudie er ein studie som blir systematisert gjennom å samle inn litteratur, gå kritisk gjennom litteraturen og til slutt samanfatte den. Hensikta med ein slik studie er å gi lesaren ein oppdatert og god forståing av kunnskapen som problemstillinga krev (Thidemann, 2019, s. 77-78). I denne oppgåva skal eg drøfte og summere relevant forskning og allereie eksisterande teori knytt til palliativ pleie for pasientar som bur på sjukeheim. Seinare i oppgåva viser eg korleis eg bruke søke-ord for å finne relevant forskning.

#### 3.2 Søkeord og databaser

For å belyse problemstillinga måtte eg ha forskning som rettar seg inn mot helsepersonell si oppleving og erfaring. Eg valde derfor å bruke forskning som brukte kvalitative metode. Hensikta med kvalitativ metode er å få kunnskap om personens opplevingar, erfaringar, tankar, haldningar og meiningar (Thidemann, 2019, s. 76).

For å finne forskning brukte eg databasar. For å få oversikt over kva database som var mest egna til å bruke til oppgåva mi, eller til sjukepleie generelt, valde eg å ta utgangspunkt i «Litteratursøk – ei teoretisk tilnærming» som er utarbeida av June Audsdotter Stafnes, Universitetsbibliotekar HVL Campus Førde. Først brukte eg PICO (Helsebiblioteket, 2016). Dette verktøyet har eg brukt for å fokusere på og presisere spørsmålet mitt, klargjort kva eg ville inkludere og ekskludere, og identifisert søkeord og omgrep som har vist seg å vere nyttige å bruke i søket mitt. Gjennom bruk av PICO har eg fått organisert kva pasientgruppe eg søker etter, kva det er med denne pasientgruppa eg er interessert i og kva tiltak eg vurderer, kva type tiltak eg har samanlikna, og kva endepunkt eg er interessert i (Visar til vedlegg 1). For å finne relevant litteratur har eg brukt høgskulen sine helsefaglige databaser. Eg valde å bruke CINAHL og Sykepleien Forskning som mine to databasar for forskning. Frå desse to databasane valde eg fem artiklar som er inkluderer i oppgåva.

Søkehistorikken er gjengjett i tabell (vedlegg 2). Når eg valde søkeord tok eg utgangspunkt i problemstillinga eg har laga. Søkeorda eg brukte var ord som «palliativ care», «terminal

care», «nursing homes», «nurse», «right to die» og «dignity». Eg brukte SweMed+ for å finne engelske synonym, dette er gjengitt som vedlegg.

### 3.3 Val av forskingsartiklar og litteratur

**Preserving dignity in end-of-life nursing home care: Some ethical challenges** er skriven av Kari Brodtkorb, Anne Valen-Sendstad Skisland, Åshild Slettebø og Ragnhild Skaar (2017). Dette er ein kvalitativ studie kor dei har brukt eit empirisk design. Deltakerane i studien vart det opp i fire grupper. Gruppene møtte 15 gonger i løpet av eit år, kvar gruppe innehaldt 6-8 deltagarar. Når gruppene møttest diskuterte dei ulike etiske dilemma som dei har opplevd, gjennom arbeid. Hensikta med studien var å undersøke korleis helsearbeidarar vart påverka av etiske utfordringar, og korleis dei takla etiske utfordringar i palliativ pleie på sjukeheim (Brodtkorb et al, 2017, s.79).

**Døende pasienter i sykehjem: Sykepleieren gjør «mer av alt» og er «alene om alt»** er skriven av Sandra Jahr Svendsen, Bjørg Th- Landmark og Ellen Karine Grov (2017). Artikkelen har eit kvalitativt eksplorativt og deskriptivt design. Deltakerane var sjukepleiarar som arbeida på sjukeheimar i Norge. Sjukepleiarar som arbeida på lindrande og/eller skjermande avdeling vart ikkje tatt med i denne studien grunna høgare bemanning enn ordinert sjukeheimsavdeling. Forfatterane har brukt fokusgruppeintervju (s.2-3). Hensikta med studien var å belyse sjukepleiarens erfaring med døande pasientar i sjukeheim, og å finne ut kva som er nødvendig for å kunne gi tilstrekkelig behandling, pleie og omsorg hos pasientar som er døande (Svendsen et al, 2017, s.2).

**End-of-life care in a nursing home: Assistant nurses' perspectives** er skriven av Bodil Holmberg, Ingrid Hellström og Jane Österlind (2019). Dette er ein kvalitativ studie der forfatterane har brukt individuelle intervju. Førsteforfattar haldt intervjuet og hadde oppfølgingsspørsmål der det var naturleg. Krav til deltakarane var at dei alle hadde fullført vidaregåande opplæring med fokus på omsorg, og at dei hadde minst tre års erfaring med å jobbe på sjukeheim (s.1723). Hensikta med denne studien var å beskrive assisterande sjukepleiarar sitt perspektiv ved å gi palliativ omsorg til eldre pasientar som bur på sjukeheim (Holmberg et al, 2019, s. 1721).

**Nursing home staff's views on resident's dignity: a qualitative interview study** er skriven av Mariska G. Oosterveld-Vlug, H. Roeline W. Pasman, Isis E. Van Gennip, Dick L. Willems

og Bregje D- Onwuteaka-Philipsen (2013). Dette er ein kvalitativ studie kor forfatterane har brukt individuelle intervju. I denne studien vart 13 legar og 15 sjukepleiarar intervju. I tillegg vart 30 pasientar som bur på sjukeheim intervju. (s.2-3). Hensikta med denne studien var å få innblikk i korleis helsepersonell som jobbar på sjukeheim fremmar personelig verdigheit til den individuelle pasienten (Oosterveld-Vlug et al, 2013, s.1).

**Hva er god død i sykehjem?** Er skriven av Elisabeth Gjerberg og Arild Bjørndal (2007).

Dette er ein kvalitativ studie. Forfatterane har utført intervju kor dei har brukt fem opne spørsmål å stille deltakerane. Det var 8 sjukepleiarar, 3 hjelpepleiarar, 2 leger og 1 prest som var deltakarar i studien (s. 176).

Hensikta med denne studien var å få eit betre innblikk i kva som karakteriserast som ein god død, og kva forutsetningar som må ligge til grunn for dette (Gjerberg & Bjørndal, 2007, s.175).

Bøkene som har blitt mykje brukt i denne oppgåva er Palliasjon, Nordisk lærebok (Kaasa & Loge, 2018), Metode og oppgaveskriving (Dalland, 2018), Bære eller briste (Røkenes & Hanssen, 2002), Geriatrik sykepleie (Kirkevold et al, 2016) og en verdig alderdom (Holm & Husebø, 2020).

### 3.4 Kjeldekritikk

Å vere kritisk til kjelder betyr å vurdere og karakterisere den litteraturen ein har funne (Dalland, 2017, s. 158). Kjeldekritikk kan definerast som vurderingar og karakterisering av litteraturen som er benytta (Dalland, 2010, s. 81). Eg har vald å vurdere artiklane eg har funne ved hjelp av «Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie» som er utarbeida av helsebiblioteket, eg ser difor på desse som pålitelige og gode artiklar (Helsedirektoratet, 2018). Sjå vedlegg 3.

I kvalitativ forskning får ein ikkje resultat i direkte målbare tall, slik som ein ville ha fått i ein kvantitativ forskning (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim & Reinart, 2017, s.78). Eg har spurt meg sjølv om studien er gjennomført på ein god måte og om framgangsmåten har blitt beskrive på ein god måte. Metoden skal vise til truverdige kunnskap, som betyr at kjeldene som blir nytta i oppgåva viser reliabilitet og validitet. Reliabilitet definerast som pålitelegheit, og validitet kan definerast som gyldigheit og relevans (Dalland, 2010).

Litteraturen eg har tatt med i oppgåva mi er for det meste frå pensum i tidlegare fag i sjukepleiestudiet. Skulen har kvalitetssikra desse bøkene. Bøkene som ikkje er frå tidlegare eller noverande pensum har eg undersøkt om dei er frå kjente forlag og at dei er basert på fakta.



## 4. Funn

### 4.1 Preserving dignity in end-of-life nursing home care: Some ethical challenges.

**Resultat:** Studien viser at mangel på kommunikasjon mellom pårørende, pasienten og legen gjer det meir komplisert for dei som arbeidar med den palliative pasienten (s.81). Mangelen på beredskap og kompetanse reduserte kvaliteten på omsorga som pasienten hadde rett på (s.80). Hos fastbuande pasientar var ikkje alltid samtalen om palliativ plan blitt diskutert med pasienten, legen, sjukepleiar eller pårørende. Derfor var det vanskeleg for sjukepleiaren å vite kva som var best for den enkelte pasienten (s.80). Institusjonslegen var på sjukeheimen nokre timar i veka, og kunne ved nokre tilfelle kontaktast på vekedagane, men ikkje i helgene eller i feriar. Dersom det skjedde noko akutt med pasientane måtte sjukepleiaren ringe til legevaktsentralen, legen som da var på vakt hadde lite eller ingen kunnskap om pasienten. Sjukepleiarane fortalde at slike situasjonar kunne ha vore unngått dersom sjukepleiar, lege, pasient og pårørende hadde hatt ein samtale om planen for pasienten vidare (Brodtkorb et al, 2017, s. 80).

### 4.2 Døende pasienter i sykehjem: Sykepleieren gjør «mer av alt» og er «alene om alt».

**Resultat:** Sjukepleiarane fortalde om kompleksitet i pleie, omsorg og behandling av døande pasientar (s.5). Sjukepleiarane var opptatt av å vere til stede for pasienten. Dette vart sett på som grunnlaget for å kunne gi heilskapleg pleie og behandling (s.6). Tid vart trekt inn som ein viktig faktor for at sjukepleiarane skulle kunne gjere ein god jobb. Å ha tid til å følge opp pasienten og tid til å sitte med pasienten var viktig (s.7). Kompetanse vart framheva som ein føresetnad for å kunne føle seg trygg i eiga rolle, både når det kom til pasientane sitt behov og samarbeide med andre yrkesgrupper (s.9). Sjukepleiarane trakk og fram faktorar utanfor deira kontroll som påverka arbeidet deira, som underbemanning, mangel på kompetanse hos kollegaer og mange arbeidsoppgåver (s.9). Sjukepleiarane syntest det kunne vere overveldande med mykje ansvar, dei kunne ha ansvar for 100 pasientar i tillegg til 3-4 pasientar som var døande (Svendsen et al, 2017, s.10).

### 4.3 End-of-life care in a nursing home: Assistant nurses' perspectives.

**Resultat:** Utifrå det dei assisterande sjukepleiarane fortalde i intervju, vart det laga tre hovudkategoriar; «Døden er ein naturleg del av livet», «Den eldre pasientens velvære» og «Pleie ved døden» (s.1725). Sjukepleiarane hadde eit felles mål for pasientar i livets slutfase.

Det var å respektere og beskytte pasientens identitet, både før og etter døden. Dei assisterande sjukepleiarane måtte stolte på sin eigen erfaringskunnskap og kva dei har lært. Samtidig snakka dei også om vanskar ved å utføre god omsorg til pasientar som var døande.

Utfordringane skuldast blant anna mangel på tid og kompetanse (s. 1730). Å redusere tempoet slik at det vart tilpassa pasienten sitt tempo viste seg å vere viktig. Deltakarane fortalde at etter som pasientane vart eldre og svakare, hadde dei bruk for meir omfattande pleie, som igjen betyr meir tid. Det var da viktig å kunne gi pasienten pleie i sitt tempo, slik at pasienten ikkje vart oppkava (s. 1727). Dei assisterande sjukepleiarane fortalde at respekt for den døande pasienten si verdigheit var å være med pasienten når den døde, eller dersom pasienten ønskte det, la pasienten dø aleine (Holmberg et al, 2019, s.1728).

#### 4.4 Nursing home staff's views on resident's dignity: a qualitative interview study.

**Resultat:** Gjennom intervju kunne ein konkludere med at det viktigaste ein kan gjere for å bevare verdigheita til nokon som bur på sjukeheim, er å behandle dei med respekt, og verne om privatlivet deira (s.6). Noko som truga sjukepleiarane sine moglegheiter til å ta vare på verdigheita til pasientane var underbemanning. Når det var underbemanning på sjukeheimen måtte sjukepleierane arbeide raskare, noko som førte til at meir skjedde automatisk og ikkje etter pasientens behov (s.7). I studien la legane og sjukepleiarane vekt på kunnskap om pasientane, som noko som kan oppretthalde ein pasient si verdigheit. Det vert lagt vekt på at tilsette ved sjukeheimane blir meir klar over sine egne normer og verdiar, og at dei har forståing for at pasientane ikkje nødvendigvis vil bli behandla slik den tilsette sjølv ville ha blitt behandla (s. 8). Fleire av deltakarane meinte også at ein pasient sin verdigheit heng saman med pasienten sin væremåte og innstilling til livet. For å kunne vurdere ein pasient si opplevering av verdigheit, såg deltakarane ofte på pasientens personlegheitstrekk, kognitive eigenskapar, motstandsdyktigheit og utsjånad (Oosterveld-Vlug et al, 2013, s. 3).

#### 4.5 Hva er god død i sykehjem?

**Resultat:** Her blir fire sentrale tema framheva: god smerte og annen symptomlindring, tryggleik for å ikkje vere aleine, at pårørende blir godt ivaretatt og at det ikkje iverksetjast unødig livsforlengande behandling (s.176). Informantane fortalte at ein grunnleggande føresetnad for å gjere den siste fasen i livet så god som mogleg, er sjukepleiarens respekt for

pasienten og pårørende. At pasienten blir verdsett burde gå som ein raud tråd gjennom heile opphaldet til pasienten på sjukeheimen, dette er like viktig i slutten av livet til pasientane (s.176). Deltakarane påpeika fleire aspekt som må ligge til grunn for å lykkast med god smertelindring. For det første måtte personalet ha god moglegheit til å observere pasienten. Dette krev både tid, erfaring og kompetanse. Det var også viktig at dei tilsette dokumenterte endringane dei observerte. For å kunne observere endringar måtte dei tilsette ha kunnskap om endringar dei skulle sjå etter (Gjerberg & Bjørndal ,2007, s.177).

#### 4.6 Oppsummering av funn

Sjukepleiarar trekk inn viktigheita ved kommunikasjon i alle fem artiklane som er presentert overfor. Både kommunikasjon mellom lege, sjukepleiar, pasient og pårørende, men og kva mangel på kommunikasjon kan føre til. Dersom samtaler om døden vart tatt før pasienten var palliativ, ville dette trygge sjukepleiarane i sitt arbeid. Å bli kjent med pasienten på pasientens premisser var også viktig. Nokre av artiklane trakk fram faktorar som underbemanning og mangel på kunnskap hos tilsette som påverkar behandlinga til pasientane negativt.

Sjukepleiarane var opptatt av å vere til stede for pasienten, for å kunne gi tilstrekkeleg lindrande behandling, men med underbemanning var dette vanskelig. For at sjukepleiaren kunne gi pasienten ein verdig død var det fleire faktorar som var viktige, bland anna respekten for den enkelte pasienten. For at sjukepleiarane kunne gjere ein god jobb var det viktig med grunnleggande kompetanse hos sjukepleiar (Brodtkorb et al, 2017; Svendsen et al, 2017; Holmberg et al, 2019; Oosterveld-Vlug et al, 2013; Gjerberg & Bjørndal, 2007).

## 5. Drøfting

Drøftingsdelen av oppgåva har fokus på kva forskning og teori seier om korleis ein kan ivareta eldre pasientar på sjukeheim, i tillegg til egne erfaringar om temaet.

### 5.1 Kommunikasjon

Eit godt samspel mellom sjukepleiar og lege er viktig, slik at eventuelle spørsmål om medikament allereie er avklart. Sjukepleiaren skal ha kunnskap om endringane som skjer med menneske når livet går mot slutten, observere, dokumentere og sette i gang tiltak som kan hjelpe pasienten (Thoresen & Dahl, 2015, s. 931). Deltakarane i studien til Gjerberg og Bjørndal (2007) opplevde å snakke om døden som ein utfordring. Det var beskriven som ein krevjande balansegang, der man skulle følge opp pasientens tankar knytt til det å dø, og på den andre sida måtte ein være bevist på pasientens grenser med om til kva han ville prate om (Gjerberg & Bjørndal, 2007, s. 177).

Målet med slike samtalar er å skape ro og tryggleik for pasienten. Dette krev at den tilsette har erfaring og tryggleik i jobben sin (Gjerberg & Bjørndal, 2007, s.178). Eriksen støtter dette og skriv at god kommunikasjon baserer seg på relasjonen mellom den døande pasienten og sjukepleiaren. Det krev at sjukepleiaren har evne til å kunne aktivt lytte til pasienten og verne om pasienten sine ønsker, det krev og at sjukepleiaren tilpassar informasjonen til pasientens tempo og at den blir gitt på ein sensitiv måte (Eriksen, 2015, s. 898). Holmberg (et al, 2019) trekker og inn viktigheita med relasjonen mellom sjukepleiar og pasient som viktig for å kunne gje god pleie til pasienten. I følge deltakarar vart dei kjent med pasienten gjennom kvardagslege gjeremål som stell og matlaging. Etterkvart hadde dei bygga seg opp ein relasjon med pasienten, noko som gjorde det enklare når pasienten var i palliativ fase, da viste sjukepleiarane kva pasienten likte og ikkje. På den måten var det ikkje nødvendig å heile tida spørje pasienten om kva den ville (Holmberg et al, 2019, s. 1726-1727). Min erfaring frå praksis på sjukeheim er at sjukepleiaren er ansvarleg for ei fast avdeling, dette på grunn av at pasientane skal få god oppfølging og mindre personale til å forhold seg til. Sjølv om sjukepleiaren er kontaktsjukepleier til bestemte pasientar så oppfattar, eg at det likevel ikkje er satt opp nok tid til at sjukepleiaren har tid til å bruke meir tid med desse pasientane. Det eg observerte i praksis var at sjukepleiaren prøvde å lage til eit møte med lege, pasient, pårørande og seg sjølv, men dette vart vanskelig da. Legen var bare på institusjonen nokre timar, to dagar i veka. Pårørande ville gjerne være med, men dei hadde ein jobb dei kanskje ikkje kunne ta seg fri til akkurat same tidspunkt når legen kunne. Og til slutt så skulle

sjukepleiaren være på jobb den dagen og. At eit møte på dagtid skulle passe for alle tre var vanskelig, noko som førte til at samtalen vart utsatt.

Brodtkorb (et al, 2016) sin studie legg vekt fram viktigheita med å ha samtaler med lege, sjukepleiar, pasient og pårørande. I samtalene skulle det bli diskutert kva ønsker og tankar pasienten hadde kring sin eigen død, og klare reglar for om pasienten skulle sendast på sjukehus for å få behandling, eller om pasienten skulle bli behandla på sjukeheimen. Samtalen skulle og ta for seg HLR statusen til pasienten, dersom pasienten var bevisstlaus og ikkje pusta, skulle sjukepleierane utførte hjarte lunge redning da? Desse samtalane var og ein trygghet for sjukepleiarane. Deltakarane i studien fortalde at legen var tilgjengeleg nokre timar i veka, og ved visse tilfelle kunne dei ringe legen i vekedagane, men dersom det oppstå noko på ettermiddagen eller i helgene så måtte dei ringe til legevakta. Legen som tok telefonen på legevakta hadde ingen eller lite kunnskap om pasienten, og sjukepleiarane følte at grunnlaget for behandling var basert på lite og utilstrekkeleg grunnlag (Brodtkorb, 2016, s.80). Eide og Eide (2017) skriv at for å sikre at pasienten får ei god og verdig avslutning på livet vert det anbefalt å ha ein samtale med legen, sjukepleiar, pårørande og pasienten sjølv. Samtalen skal dreie seg om temaet døden, og om kva takar, ønske og håp pasienten har (Eide & Eide, 2017, s.337-338). Oosterveld-Vlug (et al, 2013) trekker deltakarane inn kor viktig det er å bli kjent med pasienten, dei prøvde å få pasienten til å fortsette med aktiviteter som pasienten likte før han kom på sjukeheimen, resultatet var varierende, men det styrka relasjonen mellom pasienten og sjukepleiaren (Oosterveld-Vlug et al, 2013, s.5).

## 5.2 Lindrande behandling

Fleire av informantane i studien til Gjerberg og Bjørndal (2007) fortel at god smertelindring er viktig for den siste fasen i livet skal bli så god som mulig (s.177). God smertelindring handlar ikkje bare om medikament, men og god veskebehandling, munnstell, passe på at pasienten blir snudd ofte nok, og sette inn tiltak som forhindrar pustevanskar og surkling om brystet (Gjerberg & Bjørndal, 2007, s. 177). Ikkje-medikament tiltak blir støtta opp under i Torvik og Bjørø (2016) som skriv at massasje og musikkterapi, er to eksemplar på tiltak som kan hjelpe pasientar som sliter med smerte. Ein enkel massasje inneberer å stimulere huda og underliggande vev, ved hjelp av trykk med hendene. Målet med å massere er å redusere smerte, fremme avslapping og fremme blodgjennomstrømming. Musikkterapi har blitt brukt i mange år, musikk kan lede oppmerksamheita vekk frå smerten og over til musikken (Torvik

& Bjøro, 2016, s. 402-403). Informantane i artikkelen til Gjerberg & Bjørndal (2007, s. 177) fortel og det er andre føresetnadar som og må være til stade. For det første personalets even til å systematisere og systematisk observere endringar i symptom bildet og at dette blir registrert og dokumentert. Det andre handlar om kompetansen både hos den enkelte og pleier og på systemnivå, for eksempel at avdelinga har retningslinjer og rutinar på oppfølging som er skrevet ned og lette å hente opp. Fleire informantar fortalde om gode rutinar for opptrapping av smerte- og annen symptomlindring dersom pasientens tilstand forverra seg. Dette meinte dei var spesielt viktig i situasjonen kor legen ikkje var tilgjengelig (Gjerberg & Bjørndal, 2007, s. 177). Dette får støtte frå Haugen og Aass som skriv at sjukepleierane på sjukeheimane må ha kunnskap om generell palliasjon og sjukeheimslegen burde ha god kompetanse knytt til palliasjon. Legetenesta må være organisert slik at bruken av legevakt blir minimalt brukt (Haugen & Aass, 2018, s.117).

Tryggleik for at pasienten ikkje skulle være aleine vart tatt opp i fleire av artiklane. I Gjerberg og Bjørndal (2007) fortalde informantane at både pasienten og pårørande opplevde at dette gav tryggleik for at pasienten ikkje måtte være aleine (s.177). «Jeg tror trygghet for pasientene er det viktigste, et nøkkelord, at de har en visshet for at det er noen her for meg, noen som kjenner meg, vet hvilke behov jeg har» (informant, s.177). Dette får støtte i Brenne og Dalene som skriv at å ha ein person hos seg, kan virke tryggande for pasienten, ingen skal måtte dø aleine (Brenne & Dalene, 2018 ,s.642). Dessverre så har eg opplevd pasientar som må dø aleine, dette er ofte hos pasientar som ikkje har pårørande som kan sitte med pasienten, eller pasientar som ikkje har nærme pårørande. Kor leiinga ikkje vil leige inn fastvakt på grunn av økonomi. Dette er nok det verste eg hører. Eg meina at dersom pasienten er døande så skal det alltid leigast inn fastvakt til pasienten.

Tryggleik vart og nemnt i Svendsen (et al, 2017, s.7) informantane der sa at det var viktig å trygge pårørande i at å berre vere tilstade er viktig for pasienten. I Svensen (et. al., 2017) står det at sjukepleiarane opplever det som meir tryggande dersom dei får gi pasienten medikament intill smertelindring, i staden for ein bestemt maksimal dose (s.9). Det eg har observert er at sjukepleiaren ikkje alltid har like god tid til å fare innom pasienten, dette er på grunn av stor arbeidsmengde og lite bemanning. Når sjukepleiaren får mindre tid til å være med pasienten, så blir det og mindre tilrettelegging for anna smertelindring enn medikament. Eg har og observert at tryggheten for at pasienten har det godt ikkje bare er viktig for pasienten, men og for pårørande og sjukepleiaren.

### 5.3 Ei verdig avslutning på livet

Thoresen og Dahl (2015) skriv at ein god død inneberer at pasienten og pårørande får tatt adjø, at pasienten får tilstrekkeleg smertelindring, i tillegg til at pårørande får vere mest mogeleg til stede (s. 931). Dei meiner at det ikkje finnast ein endeleg definisjon eller forståing for kva ein god og verdig død er, vi kan berre ta utgangspunkt i pasientens ønsker (Thoresen & Dahl, 2015, s. 934). Verdigheit kan og bli beskriven som at alle har ein absolutt ibuande verdigheit som ikkje kan krenkast, men at det og finnest ein relativ verdigheit som kan krenkast gjennom personens opplevingar (Edlund & Lindwall, 2017, s. 201). I studien til Oosterveld-Vlug et al., (2013) fortel både sjukepleiarar og legar at å bevare pasientens verdigheit var viktig i alle aspektar av jobben dei utføre. Ein av deltakarane i studien sa følgande «Treating other people as you yourself would want to be treated: that is the key feature of dignity for me... thing I think, a respectful approach and treatment» (Deltakar i studien, Oosterveld-Vlug et al, 2013, s.4). Bebuarane på sjukeheimen fortalde at det som krenka verdigheita til den enkelte var dersom dei følte seg som ein byrde eller dersom dei tydeleg såg på sjukepleiarane at dei hadde det travelt (Oosterveld-Vlug et al., 2013, s.7). I Brodtkorb (et al., 2017) blei ordet verdigheit brukt som ein samlebetegnelse for eit dagleg mål dei hadde for kvar pasient, kvar dag, og i palliativ fase (s. 79). At pasientane skal få ein verdig død er og skrive ned i Norsk sjukepleiarforbund sine yrkesetiske retningslinjer. Punkt 2.12 står det at sjukepleiar skal bidra til ein naturleg og ein verdig død, og at pasienten ikkje dør aleine (Norsk sykepleierforbund, 2019). Å gi ein verdig avslutning på livet er nok like individuelt, som at vi alle er individuelle personar. Eg forstår forfattarens beskriving på ein verdig død, som at ingen kan ta ifrå pasientens verdigheit, men at personen sjølv kan føle at verdigheita blir krenka. Ut frå dette tenker eg at sjukepleiarar som jobbar med palliativ pleie må legge til rette den palliative pleia utifrå kvar enkelt pasient. Ingen pasientar er like og ingen død er lik.

Sjølv om pasienten er gammal, må sjukepleiaren hugse på at pasienten har meir livskunnskap og livserfaring, enn dei som jobbar på sjukeheimen. For å kunne vise pasienten respekt, må sjukepleiaren først respektere kven pasienten er, og kva som har gjort at pasienten er den, den er (Holmberg et al, 2019, s. 1726).

«They're old, but it's important to remember that it's the old people who have more knowledge, they've heard more and have experienced more than us, and you've got to keep that in mind and respect... so that you respect them as human beings and not just like old people, this lump of an old person» (deltaker I studien, Holmberg et al, 2019, s.1726).

Dette er noko som går igjen i fleire av artiklane og som får støtte av Gjerberg og Bjørndal (2007). At pasientane føler seg sett og verdsett går som ein raud tråd gjennom heile opphaldet til pasienten, og er like viktig i slutten av livet til pasienten (Gjerberg & Bjørndal, 2007, s.176). I § 1-1 i pasient- og brukerrettighetsloven står det følgande «Lovens bestemmelser skal bidra til å fremme tillitsforholdet mellom pasient og bruker og helse- og omsorgstjenesten, fremme sosial trygghet og ivareta respekten for den enkelte pasients og brukers liv, integritet og menneskeverd» (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §1-1). Alle deltakarane i artiklane som er inkludert i denne oppgåva har nemnt pasientens verdigheit og fortalt om korleis sjukepleiaren kan prøve å gjere døden verdig for pasienten.

I artikkelen til Svendsen (et al, 2017) fortel sjukepleiarane at for å kunne ivareta den døande pasienten, så var ein av dei viktige faktorane å være med pasienten, og ha tid til å være med pasienten (s.5) For å kunne gi tilstrekkeleg smertelindring og pleie, så måtte sjukepleiaren observere pasienten, det var ikkje nok å gå innom pasienten ein sjeldan gong (s. 5-6). Ein av deltakarane sa: «For å følge med på smerter, angst og alle symptomer kan man jo ikke bare være innom en sjelden gang» (Studiedeltakar s. 6) Deltakarane i studien påpeika også lite bemanning, og mangel på kompetanse hos kollegaer, som ein utfordrande faktor. (Svendsen et al, 2017, s. 10). For sjukepleiarar som arbeider på sjukeheim er arbeidsmengda stor. Sjukepleiaren skal gi aktiv medisinsk praksis til pasientar med komplekse behov. Sjukepleiarane skal gi eit godt og helsefremmande pleie- og omsorgstilbod, i tillegg til at dei skal bidra til eit godt miljø (Hauge, 2016, s.269). Eg har sjølv opplevd den store arbeidsmengda sjukepleiaren har på sjukeheimen. Å skulle yte god helsehjelp til alle pasientane i tillegg til å ha overordna ansvar for døande pasientar er ikkje lett, det krev tid, noko ein ikkje alltid har.

Både som tilsett, student og snart ferdig utdanna sjukepleiar har eg fått æra av å følge pasientar i den siste tida av livet. Eg har hatt flinke folk i lag med meg når dette har skjedd, slik at eg har fått observere. Sjølv meina eg at det er veldig viktig at pasientane ikkje skal dø aleine, med mindre dei har eit ønske om det. Eg har opplevd pasientar som kjem frå sjukehus til sjukeheimen for å dø, kor ein må ta alle dei vanskelege spørsmåla med ein pasient som er tappa for energi og er sjuk. Vil du dø aleine? Kven vil du skal være med deg? Ein kan ikkje forvente at pårørande har mogelegheit til å sitte hos pasienten heile døgnet, det er ikkje alle som har pårørande ein gong. Då er det godt å kunne vere der for pasienten.



## 6. Konklusjon

I denne bacheloroppgåva har eg sett på problemstillinga «korleis ivareta pasientar i livets slutfase?». Like sikkert som at vi alle blir født, skal vi alle dø. Men korleis og kor gamle vi er når vi skal dø, det veit ingen. Ved hjelp av 5 forskingsartiklar og anna litteratur har eg kommen fram til at det er ingen fasit på korleis ein best varetar pasientane i livets slutfase. Døden er like forskjellig som vi er forskjellige som individ. Det eg fann ut, etter å ha arbeida med litteraturen, er at det er fleire ting som er viktig for pasientar i palliativ fase. Det er blant anna viktigheita ved kommunikasjon, og palliativ samtale, som kan hjelpe til å trygge både pasient og sjukepleiar. Eit anna viktig faktor er sjukepleiar som har tid til kvar enkelt pasient, slik at pasienten blir smertelindra, både ved hjelp av medikament og ikkje-medikamentelle tiltak. Som sjukepleiar har ein eit stort ansvar for pasientar i livets slutfase, og dette krev at sjukepleierane har generell kompetanse om palliativ pleie. Utifrå artiklane, teorien og personlege erfaringar er det inga tvil om at den enkelte tilsette på sjukeheim har eit personleg ansvar for at den døande pasienten får ein god død. Eg synst det er på sin plass at pasientar i livets slutfase får meir oppmerksomheit og blir ivaretatt, slik som dei har rett på. Alle har rett å bli ivaretatt i livets slutfase, og alle har rett på ein verdig død.

## Referanseliste

- Bondevik, M. (2012). Pleie og omsorg mot livets slutt. I M. Bondevik, & H.A. Nygaard (Red.), *Tverrfagelig geriatri: En innføring* (3.utg., ss. 409-422). Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Brenne, A.-T. & Dalene, R. (2018). Symptomlindring av den døende pasienten. I S. Kaasa & J. H. Loge (Red.), *Palliasjon – Nordisk lærebok* (3. utg., s. 639-652). Gyldendal Akademisk.
- Brodtkorb, K., Skisland, A., V.-S., Slettebø, Å. & Skaar, R. (2017). Preserving dignity in end-of-life nursing home care: Some ethical challenges. *Nordic Journal of Nursing Research*, 37(2), 78-84. doi: 10.1177/2057158516674836
- Bruvik, F., Dragset, J. & Abrahamsen, J. F. (2017). Fra sykehus til sykehjem – hva samhandlingsreformen har ført til. *Sykepleien Forsking*, 12(60613). doi:10.4220/Sykepleienf.2017.60613
- Dalland, O. (2010). Metode og oppgaveskriving for studenter. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Dalland, O. & Trygstad, H. (2018). Kilder og kildekritikk. I O. Dalland. *Metode og oppgaveskriving* (6.utg s. 149-166). Gyldendal akademisk.
- Eide, H. & Eide, T. (2017.) *Kommunikasjon i relasjoner*. (3.utg) Gyldendal Norsk Forlag.
- Eriksen, S. (2015). Menneskets psykososiale behov. I E. M. Grov & I. M. Holter (red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie* (5. utg., s. 887-907). Cappelen damm akademisk.
- Folkehelseinstituttet (2019, januar). De fleste dør på sykehjem, få dør hjemme.  
<https://www.fhi.no/nyheter/2018/de-fleste-dor-pa-sykehjem/>
- Gjerberg, E. & Bjørndal, A. (2009). Hva er en god død i sykehjem? *Sykepleien Forsking*, 2(3), 174-180. doi: <https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2007.0057>

- Hauge, S. (2016). Sykepleie i sykehjem. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff. *Geriatrisk sykepleie* (3. utg, s. 265-285). Gyldendal.
- Haugen, D. F. & Aass, N. (2018). Organisering av palliative tilbud. I S. Kaasa & J. H. Loge (Red.), *Palliasjon - Nordisk lærebok* (3. utg., s. 112-125). Gyldendal Akademisk.
- Helsebiblioteket. (2016). *PICO*. Helsebiblioteket. <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/sporsmalsformulering/pico>
- Helsedirektoratet (2018). *Lindrende behandling i livets slutfase*.  
<https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/lindrende-behandling-i-livets-slutfase>
- Hirsch, A. & Røen, I. (2018). Ivaretagelse av åndelige og eksistensielle behov. I S. Kaasa & J. H. Loge (Red.), *Palliasjon - Nordisk lærebok* (3. utg., s. 315-325). Gyldendal Akademisk.
- Holmberg, B., Helleström, I. & Österlind, J. (2019) End-of-life care in a nursing home: Assistant nurses' perspectives. *Nursing ethics*, Vol.26 (6), p.1721-1733 Doi: 10.1177/0969733018779199
- 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). Fagbokforlaget.
- Kirkevold, M. (2016). Personsentrert og individualisert sykepleie. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk Sykepleie*. (2.utg., s. 106-121). Gyldendal akademisk.
- Kaasa, S. & Loge, J. H. (2018). Palliativ medisin - en innledning. I S. Kaasa & J. H. Loge (Red.), *Palliasjon - Nordisk lærebok* (3. utg., s. 34-50). Gyldendal Akademisk.
- Loge, J. H. (2018). Praktisk klinisk kommunikasjon. I S. Kaasa & J. H. Loge (Red.), *Palliasjon – Nordisk lærebok* (3. utg., s. 216-231). Gyldendal.
- Nordtvedt, M. W., Jamtvedt, G., Gravholt, B., Nordheim, L. V. & Reinart, L. M. (2017). *Jobb kunnskapsbasert!: En arbeidsbok* (2.utg). Cappelen Damm Akademisk.

Norsk sykepleierforbund. (2019). Yrkesetiske retningslinjer.

<https://www.nsf.no/sykepleiefaget/yrkesetiske-retningslinjer>

Oosterveld-Vlug, M., G., Pasma, H., R., W., Gennip, I., E., v., Willems, D., L. & Onwuteaka-Philipsen, B. (2013). Nursing home staff's views on residents' dignity: a qualitative interview study. *BMC Health Service Research*, 13(1), 1-9. doi: 10.1186/1472-6963-13-353

Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

Røkenes, O. H. & Hanssen, P.-H. (2002) *Bære eller bryte: Kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker*. Fagbokforlaget.

Skorpen, F. (2018). Molekylærgenetikk i smertebehandling. I S. Kaasa & J. H. Loge (red.) *Palliasjon – nordisk lærebok* (3. utg). Gyldendal.

St.meld. nr.24 (2019-2020) *Lindrende behandling og omsorg – Vi skal alle dø en dag. Men alle andre skal vi leve*. Helse- og omsorgsdepartementet.

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-24-20192020/id2700942/?ch=1>

St.meld. nr.47 (2008-2019) *Samhandlingsreformen* <https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Publikasjoner/Innstillinger/Stortinget/2010-2011/inns-201011-429/10/>

Statistisk sentralbyrå. (11.03.2020). Døde. <https://www.ssb.no/dode>

Svendsen, S. J., Landmark, B., Th. & Grov, E. K. (2017). Døende pasienter i sykehjem: Sykepleiere gjør «mer av alt» og er «alene om alt. *Sykepleien Forsking*, 12(63396). doi: 10.4220/Sykepleienf.2017.63396

Thidemann, I.-J. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving* (2. utg.). Universitetsforlaget.

Thoresen, L. & Dahl, M. (2015). Sykepleie til den døende pasienten. I E. K. Grov & I. M. Holter (Red.) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie* (5. utg. S.926-960). Cappelen Damm Akademisk.

Torvik, K. & Bjøro, K. (2017). Smerte. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.) *Geriatrisk sykepleie*. (2.utg. s. 390-407). Gyldendal.

Verdighetsgarantien. (2010). *Forskrift om en verdig eldreomsorg*. (FOR-2010-11-12-1426). Lovdata.  
<https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2010-11-12-1426>

## Vedlegg 1

<b>Problem/Patient</b>	<b>Intervention</b>	<b>Comparison</b>	<b>Outcome</b>
Døende pasienter	Sjukeheim	Sjukepleie	Verdig død

## Vedlegg 2

Finne Mesh-ord

	Norske ord	MeSH (emneord)	Tekstord
P	Døende	Terminal ill Palliativ care Terminal care	Terminal care
I	Sjukeheim	Nursing homes Home of the aged	Nursing homes
C	Sjukepleie	Nurse	Nurse
O	Verdig død	Rigth to die Dignity	Dignty

## Vedlegg 3 – Søketablellar

### Søketablell nr. 1

<b>Søk i Academic Search Elite, inkludert Medline og Cinahl med Full Text 15.10.20</b>			
<b>Nummer</b>	<b>Søkeord (MeSH)</b>	<b>Avgrensing</b>	<b>Resultat (tal)</b>
S1	Terminally ill		41 107
S2	Palliative care		165 075
S3	Terminal care		74 860
S4	Nursing homes		149 875
S5	Homes for the aged		28 914
S6	Right to die		10 189
S7	Dignity		43 131
S8	S1 or S2 or S3		226 783
S9	S4 or S5		165 908
S10	S6 or S7		50 643
S11	S8 and S9 and S10		293
S12	S11	Publisert: 2010-2020	166

Av dei 166 resultatane eg fikk opp valde eg *Preserving dignity in end-of-life nursing home care: Some ethical challenges* skrevet av Kari Brodtkorb, Anne Valen-Sendstad Skisland, Åshild Slettebø og Ragnhild Skaar (2016). Dette var den 2. artikkel som kom opp ved søket mitt, etter å ha lest samandraget til teksten valde eg denne artikkelen. På grunn av teknisk utfordringar med nettsida gjekk det ikkje å bli sendt vidare til full tekst. Eg valde da å søke opp tittelen på artikkelen på oria.no, der fikk eg opp heile teksten. Eg valde denne teksten på grunn av at ordet «verdighet» var sentralt i heile artikkelen. I tillegg til at artikkelen var retta inn mot korleis sjukepleiarar blir påverka av etiske utfordringar. Eg meiner difor at artikkelen er relevant for oppgåva.

## Søketabell nr. 2

<b>Søk i Academic Search Elite, inkludert Medline og Cinahl med Full Text 15.10.20</b>			
<b>Nummer</b>	<b>Søkeord (MeSH)</b>	<b>Avgrensing</b>	<b>Resultat (tal)</b>
S1	Terminally ill		41 107
S2	Palliative care		165 075
S3	Terminal care		74 860
S4	Nursing homes		149 875
S5	Homes for the aged		28 914
S6	Right to die		10 189
S7	Dignity		43 131
S8	S1 or S2 or S3		226 783
S9	S4 or S5		165 908
S10	S6 or S7		50 643
S11	S8 and S9 and S10		293
S12	S11	Publisert: 2010-2020	166
S13	Qualitative		28

For å få resultatet ned frå 166 artikkelar valde eg å skrive inn kvalitativ, eg satt då igjen med 28 artikkelar. Den andre artikkelen fant ved hjelp av dette søket. «*Nursing home staff's views on residents' dignity: a qualitative interview study*» er skrevet av Mariska G Oosterveld-Vlug, H Roeline W Pasman, Isis E Van Gennip, Dick L Willems og Bregje D Onwuteaka-Philipsen (2013). På grunn av komplikasjonar med nettsida valde eg å skrive tittelen til artikkelen på oria.no, der fikk eg opp artikkelen i fulltekst.

Etter å ha lest samandraget til artikkelen bestemte eg meg for at denne ville eg bruke. Artikkelen tek for seg både sjukepleiar sitt synspunkt, men dei har og intervjuar bebuarar frå sjukeheimane. Eg kjem ikkje til å legge lik vekt på pasientane sitt synspunkt på lik linje som sjukepleiarens, men eg synest at dette er relevant å ha med.



Søketabell nr. 3

<b>Søk i Academic Search Elite, inkludert Medline og Cinahl med Full Text 16.11.20</b>			
<b>Nummer</b>	<b>Søkeord (MeSH)</b>	<b>Avgrensing</b>	<b>Resultat (tal)</b>
S1	Terminaly ill		41 108
S2	Palliative care		80 316
S3	Terminal care		74 881
S4	Nursing home		150 122
S5	Homes for the aged		28 919
S6	Right to die		10 177
S7	Dignity		43 246
S8	S1 or S2 or S3		138 864
S9	S4 or S5		166 139
S10	S6 or S7		50 763
S11	S8 and S9 and S10		201
S12	Qualitative		717 666
S13	S11 and S12	Publisert: 2010-2020	20

Det første søket eg fikk opp var *End-of-life care in a nursing home: Assistant nurses' perspectives*. Skrevet av Holmberg, B., Hellström, I. & Österlind, J. Artikkelen er skrive i 2019. På grunn av vanskar med nettsida til Academic Search Elite valde eg å skrive inn tittelen på artikkelen på oria.no.

Artikkelen er frå Sverige. Sidan Noreg og Sverige sine sjukeheimar er veldig like, vil resultatet i denne artikkelen óg gjelde for norske sjukeheimar. Eg valde denne artikkelen fordi eg ville ha ein artikkel som tok for seg sjukepleiarperspektivet i korleis det er å ta vare på pasienter i palliativ fase.

Søketabell nr. 4

<b>Søk i Sykepleien Forskning 15.10.20</b>			
<b>Nummer</b>	<b>Søkeord</b>	<b>Avgrensing</b>	<b>Resultat (tal)</b>
S1	Palliasjon	Forskning + publisert 2007-2020	25

Når eg søkte på Sykepleien Forskning med avgrensingane kom det opp 25 artiklar, ein del av desse 25 var først skrivne på norsk, også skrivne på engelsk i artikkelen under. Eg valde vekk alle engelske artiklar, på grunnlag av at eg ville ha norske artiklar. På grunn av at sykepleien.no ikkje har alternativ til å avgrense artiklane til norsk, gjør eg dette på eigenhand. Eg valde og vekk artiklane som hadde ordet «demens» i seg. Eg satt da igjen med 18 artiklar. Artikkelen *Døende pasienter i sykehjem: Sykepleiere gjør «mer av alt» og er «alene om alt»* er skreve av Sandra Jahr Svendsen, Bjørg Th. Landmark, og Ellen Karine Grov (2017). Artikkelen var nr 7 som kom opp. Artikkelen var i full tekst på Sykepleien.no. Grunnen til at eg valde denne artikkelen er fordi den sette sjukepleiarens arbeidsmengde i fokus, spesielt når ein har palliative pasientar.

Den andre norske artikkelen eg har, fant eg og på Sykepleien Forskning. Artikkelen: *Hva er god død i sykehjem?* skrevet av Elisabeth Gjerberg og Arild Bjørndal (2007). Denne artikkelen var nr. 18 og sist i søket. Både tittelen på artikkelen og samandraget er veldig relevant i forhold til oppgåva mi. Etter å ha lest gjennom artikkelen bestemte eg meg for at denne måtte være med i oppgåva mi. Til tross for at den er 11 år gammal, meina eg at den like relevant den dag i dag.

Vedlegg 4 – Sjekkliste for kvalitative studie

<b>Sjekkliste for kvalitativ studie utarbeida av Folkehelseinstitutt et (2018)</b>	Artikkel nr 1: «Perserving dignity in end- of-life nursing home care: Some ethical challenges». Brodtkorb et al (2016).	Artikkel nr 2: Døende pasienter i sykehjem: Sykepleiere gjør «mer av alt» og er «alene om alt» Svendsen et al, (2017).	Artikkel nr 3: End-of-life care in a nursing home: Assistant nurses’ prespectives. Skrevet av Holmberg et al, (2019)	Artikkel nr 4: Nuring home staff’s views on residents’ dignity: a qualitative interview study, av Oosterveld- Vlug et al. (2013).	Artikkel nr 5: «Hva er god død i sykehjem?». Av Gjerberg & Bjørndal, (2007).
Er formålet med studien klart formulert?	JA (X) UKLART () NEI ()	JA (X) UKLART () NEI ()	JA (X) UKLART () NEI ()	JA (X) UKLART () NEI ()	JA (X) UKLART () NEI ()
Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillinga?	JA (X) UKLART () NEI ()	JA (X) UKLART () NEI ()	JA (X) UKLART () NEI ()	JA (X) UKLART () NEI ()	JA (X) UKLART () NEI ()
Er utforminga av studien hensiktsmessig for å finne svar på problemstillinga?	JA (X) UKLART () NEI () <b>Kommentar:</b> Studien har brukt ein kvalitativ og empirisk design. Metoden er	JA (X) UKLART () NEI () <b>Kommentar:</b> Studien har eit kvalitativt eksplorativt og deskriptivt design. Det vart brukt	JA (X) UKLART () NEI () <b>Kommentar:</b> Studien har brukt eit kvalitativt design ved brukt av individuelle	JA (X) UKLART () NEI () <b>Kommentar:</b> Ein kvalitativ intervjustudie, kor det vart brukt djupn- intervju (s.1).	JA (X) UKLART () NEI () <b>Kommentar:</b> Dette er ein kvalitativ forskningsstudi e. Det vart gjennomført intervju med 14

	inspirert av applikasjonsforskning og har ein hermeneutikk forskingsprosess. Data vart samla inn gjennom samtale (s.79).	fokusgruppeintervju (s.2).	intervju som seinare vart analysert ved hjelp av kvalitativ innhandsanalyse (s. 1723).	Alle intervju vart tatt opp og skreve ned kort tid etter intervjuet (s.2).	personer frå 4 sjukeheimar (s.176)
Et utvalgsstrategien hensiktsmessig for å svare på problemstillinga?	<p>JA ()  UKLART (X)  NEI ()</p> <p><b>Kommentar:</b>  Det står ikkje skreve korleis forfatterane kom i kontakt med sjukeheimane, men det står skreve at leiinga ved sjukeheimane gav dei tilsette løyve til å være med på studien. Til saman var det 26 deltakande i studien, 24 kvinner og 2 menn (s.79).</p>	<p>JA (X)  UKLART ()  NEI ()</p> <p><b>Kommentar:</b>  Forfatterane sendte ut skrifteleg informasjon til tre østlandskommunar, dei som ville delta i studien skreiv under på samtykkeskjema og sendte det til bake. Studien endte opp med tolv sjukepleiarar frå dei tre kommunane (s.2).</p>	<p>JA (X)  UKLART ()  NEI ()</p> <p><b>Kommentar:</b>  Eit skriv vart sendt til leiaren på ein sjukeheim i Sverige, leiaren gav kontaktinformasjonen til sjukepleierane som passa til vurderingskriteriene vidare. Sjukepleiarane vart så ringt av førsteforfattar, 3 valde å sei nei, 6 sa ja (s.1723).</p>	<p>JA ()  UKLART (X)  NEI ()</p> <p><b>Kommentar:</b>  Forfatterane har skreve at dei kontakta sjukepleierane og legane i begynnesen av denne studien. Desse sjukepleierane og legane jobba på fire ulike sjukeheimar i Nederland (s.2). Det står derimot ikkje noko om korleis dei kom i kontakt</p>	<p>JA (X)  UKLART ()  NEI ()</p> <p><b>Kommentar:</b>  Forfatterane kontakta sjukeheimar som hadde målsetting rundt palliativ pleie, leiinga ved sjukeheimane tok vidare kontakt med forfatterane (s.176).</p>

				med sjukepleierane og legane.	
Bli dataene samla inn på ein slik måte at problemstillinga blir svart?	<p>JA (X) UKLART () NEI ()</p> <p><b>Kommentar:</b> Det vart brukt lyd opptak under samtalene, og dersom nokre av svara var utydelige vart dei spurt ein gang til under neste samtale.</p>	<p>JA (X) UKLART () NEI ()</p> <p><b>Kommentar:</b> Forfattarane har intervjuet sjukepleierane på sitt arbeidsstad, intervjuet vart tatt opp på lydband, intervjuet varte mellom 55-70 minuttar. Etter intervjuet vart lydfilane transkribert ordrett (s.3).</p>	<p>JA (X) UKLART () NEI ()</p> <p><b>Kommentar:</b> Førsteforfattar hadde eit opent intervju med sjukepleierane på arbeidsplassen deira. Intervjuet varte frå 37-64 minuttar (s.1724).</p>	<p>JA (X) UKLART () NEI ()</p> <p><b>Kommentar:</b> Intervjuet vart gjennomført i løpet av eit år, intervjuet hadde ei emneliste som dei skulle igjennom, rekkefølga var ikkje alltid lik. Intervjuet varte i ca 30 minuttar (s.2). Etter intervjuet vart svara analysert og koda (s.3).</p>	<p>JA (X) UKLART () NEI ()</p> <p><b>Kommentar:</b> Intervjuet vart tatt opp på lydband, og detaljert skreved ned kort tid etter intervjuet. Teksten vart sortert, organisert, fortolka og samanfatta (s.176).</p>
Ble det gjort reie for bakgrunnsforhold som kan ha påverka fortolkinga av data?	<p>JA (X) UKLART () NEI ()</p> <p><b>Kommentar:</b> Ikkje direkte, ein av forfattarane analyserte og skreiv ned</p>	<p>JA (X) UKLART () NEI ()</p> <p><b>Kommentar:</b> Forfatterane skriv at dei har prøvd å sikre pålitelegheita</p>	<p>JA (X) UKLART () NEI ()</p> <p><b>Kommentar:</b> Ein svakhet som studien har, er at den kanskje ikkje har klart å</p>	<p>JA (X) UKLART () NEI ()</p> <p><b>Kommentar:</b> Kodinga av svara vart koda i lag av fleire av forfatterane. For å forsikre</p>	<p>JA (X) UKLART () NEI ()</p> <p><b>Kommentar:</b> Forfatterane skriv at på grunn av designe av artikkelen så</p>

	svara etter kvar samtale, og dei andre forfatterane fikk kommentere dette.	gjennom å følge trinna i analysen av data. Dei har og brukt sitat for å vise troverdigheit (s.14.) .	fange opp alle sjukepleieranes perspektiv, noko som eit oppfølgingsintervju kunne ha fanga opp (s. 1724).	seg om at kodinga vart likt, vart nokre av svara koda uavhengig av kva den andre forfattaren hadde koda den som. Kodene vart like (s.3).	kan dei ikkje garantere kor stor eining det er i funna dei har (s. 179).
Er etiske forhold vurdert?	JA (X) UKLART () NEI ()	JA (X) UKLART () NEI ()	JA (X) UKLART () NEI ()	JA (X) UKLART () NEI ()	JA (X) UKLART () NEI ()
Går det klart fram korleis analysa blei gjennomført? Er fortolkinga av data forståelig, tydelig og rimelig?	JA (X) UKLART () NEI ()	JA (X) UKLART () NEI ()	JA (X) UKLART () NEI ()	JA (X) UKLART () NEI ()	JA (X) UKLART () NEI ()
Basert på svara dine på punkt 1-8 over, meina du at resultata frå denne studien er til å stole på?	JA (X) UKLART () NEI ()	JA (X) UKLART () NEI ()	JA (X) UKLART () NEI ()	JA (X) UKLART () NEI ()	JA (X) UKLART () NEI ()
Er funna klart presentert?	JA (X) UKLART () NEI ()	JA (X) UKLART () NEI ()	JA (X) UKLART () NEI ()	JA (X) UKLART () NEI ()	JA (X) UKLART () NEI ()
Kor nyttig er funna frå denne studien?	<b>Kommentar:</b> Sjukepleiarane ønske retningslinjer	<b>Kommentar:</b> Sjukepleierane var opptatt av å ha nok tid	<b>Kommentar:</b> Tre hovudelement som vart trekt	<b>Kommentar:</b> Det viktigaste for å for å ta vare på	<b>Kommentar:</b> Grunnleggande respekt for pasienten, god

<p><b>Sjå kapittel 4 for meir utgreiing av resultat.</b></p>	<p>på korleis palliativ pleie skulle føregå, samtidig som dei sa at palliativ pleie er individuelt og alle pasientane måtte så individuell behandling (s.82).</p>	<p>med pasienten, dette for å kunne gi heilskapleg pleie (s.6). Terminal pleie hos eldre er komplekst, det krev kompetanse og erfaring (s.10).</p>	<p>fram i artikkelen: 1. døden er ein naturleg del av livet 2. Det beste for den gamle 3. Pleie i livets slutfase (s.1725-1727).</p>	<p>verdigheten til pasientane, var å behandle pasientane med respekt og verne om privatlivet deira (s.6).</p>	<p>symtomlindring , trygghet for å ikkje være aleine, samarbeid med pårørende og avstå frå unødvendig livsforlengande behandling (s.176-179).</p>
--	---	--	--	---	---



# Høgskulen på Vestlandet

## Bacheloroppgave i sykepleie

SK152

### Predefinert informasjon

<b>Startdato:</b>	07-12-2020 09:00	<b>Termin:</b>	2020 HØST
<b>Sluttdato:</b>	07-12-2020 14:00	<b>Vurderingsform:</b>	Norsk 6-trinns skala (A-F)
<b>Eksamensform:</b>	Bacheloroppgave i sjukepleie	<b>Studiepoeng:</b>	15
<b>SIS-kode:</b>	203 SK152 1 O 2020 HØST		
<b>Intern sensor:</b>	Sissel Hjelle Øygaard		

### Deltaker

<b>Kandidatnr.:</b>	135
---------------------	-----

### Informasjon fra deltaker

<b>Antall ord *:</b>	7693
----------------------	------

Kan eksamensbesvarelsen gjøres til gjenstand for utlån?:

Nei

Egenerklæring \*:

Ja

Jeg bekrefter innlevering til biblioteket \*:

Ja

Sett hake dersom besvarelsen kan brukes som eksempel i undervisning?:

Nei

Inneholder besvarelsen konfidensielt materiale?:

Nei

Jeg bekrefter at jeg har registrert oppgavetittelen på norsk og engelsk i StudentWeb og vet at denne vil stå på vitnemålet mitt \*:

Ja

Jeg godkjenner avtalen om publisering av bacheloroppgaven min \*

Ja



**Er bacheloroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? \***

Nei

**Er bacheloroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? \***

Nei