



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

VURDERINGSINNLEVERING

Emnekode: SYKSB3001

Emnenavn: Sjukepleie, forskning og fagutvikling

Vurderingsform: Bacheloroppgave

Kandidat nr.: 145

Leveringsfrist: 20.02.2015 kl. 14.00

Ordinær eksamen

Fagansvarlig: Benny Huser

Prosjektveileder: Gurli Karin Tveit.



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

En verdig avslutning på livet

Bachelor i sykepleie

Høgskulen Stord 2015

Kull 2012

8986 ord

Sammendrag

Tittel: En verdig avslutning på livet.

Bakgrunn for valg av tema: Ut ifra mine observasjoner fra praksis foreligger det ulike praksis og rutine for behandling, pleie og omsorg for pasienter i sluttfasen av livet. Pasienten utsettes for unødvendig smerte og lidelse som følge av manglende rammer og rutiner. Lite kunnskaper, ferdigheter og personlige egenskaper hos sykepleieren, kan også tenkes å påvirke pasientens verdighet.

Problemstilling: «Hvordan kan sykepleier ved hjelp av omsorg og pleie bidra til en verdig avslutning på livet for eldre pasienter på sykehjem?»

Oppgavens hensikt: Forankret i sykepleieteoretikeren Kari Martinsens (2003) omsorgsfilosofi, er hensikten med denne oppgaven å få økt kunnskap om hva som påvirker pasientenes verdighet, samt hvordan sykepleier kan bidra med til en verdig avslutning på pasientens liv.

Metode: Metoden er en systematisk litteraturstudie, hvor det ble søkt etter forskning i databasene CINAHL og SveMed+ , med følgende søkeord: «End of life», «dignity», «nursing care», «elderly», «care», «palliative care», «communication», «nonverbal kommunikation», «nurses perspectives» og «users views». Jeg endte opp med fem forskningsartikler som er inkludert, presentert og drøftet i oppgaven.

Resultat: Forskningsartiklene belyser at forhold mellom sykepleier og pasient har stor innvirkning for pasientens verdighet. Sykepleiers personlige egenskaper, holdninger, håndlag, kommunikasjonsferdigheter og kunnskap viser seg å ha stor betydning for pasienten. Videre blir det beskrevet hvordan kroppslige endringer som fører til funksjonstap og hjelpeløshet påvirker personens verdighet.

Oppsummering: Prosessen med oppgaven viste seg å være utfordrende med tanke på at alle mennesker er forskjellige med ulike behov. Kort oppsummert, viser hovedfunnene i oppgaven blant annet at relasjonen mellom pasient og pleier, samt sykepleiers kunnskaper, håndlag og ferdigheter, er avgjørende på pasientens verdighet ved livets slutt.

Nøkkelord: Omsorg, pleie og verdighet.

Abstrakt

Title: A worthy end of life.

Background: From my observations at practical work, there seems to be different practices and routines for the treatment and care of patients in their last stages of life. Due to the lack of frameworks and routines patients are subjected to unnecessary pain and suffering. The lack of knowledge, skills and personal abilities of the nurse is also thought to affect the patient's quality of life towards the end.

Research questions: How can nurses, through their help, care and treatment contribute to a dignified end of life experience for elderly patients in a nursing home?

The aim of the study: Kari Martinsen's philosophy on the care of patients supports my research question. Increasing nurses' knowledge about what affects patients' quality of life and how they can contribute to it will help patients die with dignity.

Method: This is a systematic literature review. We searched the CINAHL and SveMed+ databases, with the following search words: "End of life", "dignity", "nursing care", "elderly", "care", "palliative care", "communication", "nonverbal communication", "nurses perspectives", and "users views". The results of my search lead me to five research articles that are included, presented and discussed in this paper.

Results: The research articles are highlighting, the relationship between the nurse and the patient. This relationship seems to have significant influence on the patient's quality of life towards the end. The nurse's personal abilities, attitude, practical skills, communication abilities and knowledge are known to be important to the patient. In the articles it is also described how bodily changes contribute to functional impairment and helplessness, and how these factors affects the patient's quality of life.

Summary: The process of researching this topic was challenging and highlighted the fact all patients are different and they have different needs. The main find in this review is that the relationship between the patient and nurse, as well as the nurse's knowledge, practical skills and abilities are decisive factors on the patient's dignity at the end of life.

Key Words: Care, treatment and dignity.

Innholdsfortegnelse

1.0	Innledning	1
1.1	Bakgrunn for valg av tema	1
1.2	Problemstilling	2
1.3	Avgrensning og presisering	2
1.4	Begrepsavklaring	2
2.0	Teori	4
2.1	Kari Martinsen	4
2.2	Historisk perspektiv	5
2.3	Palliasjon	5
2.4	Tegn på at døden nærmer seg	6
2.5	Integritet og verdighet	6
2.6	Hjelpebehov og velvære	6
2.7	Pasient-pleier relasjonen	7
2.8	Kommunikasjon	7
2.9	Frykt og angst	8
2.10	Teamarbeid	8
2.11	Åndelig omsorg	9
2.12	Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere	9
3.0	Metode	10
3.1	Kvalitative og kvantitative metoder	10
3.2	Litteraturstudie som metode	10
3.3	Fremgangsmåte	11
3.4	Metodekritikk	14
3.5	Etikk i oppgaven	14
3.6	Kritisk vurdering av forskningsartiklene	15
4.0	Resultat	16
4.1	Artikkel nr. 1	16
4.2	Artikkel nr. 2	17
4.3	Artikkel nr. 3	17
4.4	Artikkel nr. 4	18
4.5	Artikkel nr. 5	19
4.6	Oppsummering av funn	20
5.0	Drøfting	21

5.1 Verdighet og integritet	21
5.2 Den ugjenkjennelige kroppen og personlig hygiene	22
5.3 Kommunikasjon	24
5.4 Pasient – pleier forholdet	26
6.0 Avslutning	28
Referanseliste:.....	29
Vedlegg.....	I
Vedlegg 1 -Resultattabell:	I

1.0 Innledning

Denne oppgaven er en bacheloroppgave som er skrevet av en 3 års sykepleierstudent. Målet med oppgaven er å finne ut hvordan sykepleier ved hjelp av omsorg og pleie kan bidra til en verdig død for eldre pasienter på sykehjem. Ut ifra HSH sine retningslinjer, er det bestemt at metoden for denne bacheloroppgaven skal være en litteraturstudie. For å belyse temaet og nå målet, har jeg leitet frem eksisterende relevant forskning, og drøftet funnene opp mot teoretiske perspektiver.

I følge Hjort (2010, s. 448) er det hvert år sirka 40 000 personene som dør i Norge, og de fleste er eldre mennesker over 75 år. For mange mennesker er døden noe skremmende og usikkert, men for sykepleiere er det en del av yrket å møte lidende og døende mennesker. For å kunne trøste, støtte og gi lindrende omsorg og sykepleie til døende mennesker, kreves den engasjement, mot, styrke, kunnskap, etiske og medmenneskelige egenskaper hos sykepleier.

Metoden for å løse denne oppgaven er en systematisk litteraturstudie. Forskningslitteraturen er funnet ved søk via ulike databaser. I tillegg til forskningsartikler er det brukt relevant pensumlitteratur. Oppgaven er forankret i sykepleieteoretikeren Kari Martinsens omsorgsteori, da jeg finner hennes tanker om omsorg og omsorgsarbeid i sykepleien relevant for denne oppgaven (Martinsen, 2003).

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Ettersom jeg har jobberfaring og praksiserfaring fra ulike avdelinger på sykehjem, har jeg observert og erfart at det foreligger ulik praksis og rutine for behandling, pleie og omsorg for pasienter i slutfasen av livet. Jeg har erfart at noen avdelinger har utarbeidet gode rutiner og rammer rundt situasjonen. Formålet blir da å skape gode og trygge omgivelser for den døende pasienten, samt skape gode forutsetninger for trygg og god sykepleieutførelse. Videre har jeg erfart at sykepleiers kunnskap, samt egne tanker, følelser og personlige erfaring om døden, har direkte betydning for hvordan pleien og omsorgen til den døende pasienten utføres. I motsetning til beskrivelsen over, har andre avdelinger vist seg av ulike grunner å være mer urutinert i forhold til sykepleie ved livets slutt, noe som kan føre til unødig engstelse og lidelse for pasienten. På bakgrunn av dette har jeg opparbeidet interesse for hvordan pasienten

kan få en verdig og trygg avslutning på livet, omgitt av trygge og dyktige sykepleiere og et trykt og tilpasset miljø.

1.2 Problemstilling

«Hvordan kan sykepleier ved hjelp av omsorg og pleie bidra til en verdig avslutning på livet for eldre pasienter på sykehjem?»

1.3 Avgrensning og presisering

På grunn av oppgavens begrensninger, har jeg valgt å avgrense denne oppgaven til eldre mennesker på institusjon. Det er ikke tatt stilling til spesifikke diagnoser i denne oppgaven, da jeg ønsker å ha fokus på pasientens individuelle behov i den gitte situasjonen. Av hensyn til oppgavens rammer og ord begrensninger, vil ikke lindrende medikamentell behandling, samt pårørende, blir behandlet i denne oppgaven. Åndelig omsorg blir omtalt i teori og drøfting, selv om jeg ikke har forskning som støtter temaet. Denne litteraturstudien vil ha et fokus på intervensjoner som sykepleier kan anvende i møte med den døende pasient, samt hvilke forhold som spiller inn på den eldre pasientens opplevelse av verdighet. Begrepene omsorg, pleie og verdighet er valgt da jeg mener at det er sentrale begreper som omhandler mennesker ved livets slutt.

1.4 Begrepsavklaring

Omsorg og pleie

Kari Martinsen (1943-) beskriver en viss forskjell mellom begrepene pleie og omsorg. Omsorg forklares som mer grunnleggende enn pleie. Pleie kan forklares som arbeidet som utføres i omsorgsarbeid. Pleien som gis til en pasient skal vurderes ut ifra den situasjonen som pasienten befinner seg i, slik at pleien blir tilpasset pasientens behov. Begrepet omsorg innebærer tre fenomener som opptrer samtidig. Omsorgen er rasjonell, omsorgen er praktisk og omsorgen er moralsk. Omsorgen bestemmes av mottakerens behov og situasjon, noe som innebærer at sykepleieren bør inneha forutsetninger som ferdigheter, kunnskap og organisasjon (Martinsen, 2003, s. 67-80).

Verdighet:

Begrepet verdighet omfatter tre følgende aspekter: Hvert menneske er unikt og verdifullt i seg selv uavhengig av opprinnelse, rase, språk, religion, kjønn, farge eller politisk oppfatning. Verdighet er en subjektiv egenskap som handler om stolthet og respekt og adferd, samt

hvordan hvert menneske opptrer for å føle seg verdig, og hvordan andre mennesker opptrer for å ivareta en annen persons verdighet (Knutstad, 2011, s. 21).

2.0 Teori

Som nevnt innledningsvis, støtter denne oppgaven seg på sykepleieteoretikeren Kari Martinsens omsorgsfilosofi, da jeg finner henne relevant i forhold til den valgte problemstilling og hva jeg ønsker å oppnå med oppgaven. I denne delen av oppgaven ønsker jeg å belyse relevant teori fra pensumlitteratur. Videre i denne delen tar jeg først for meg en presentasjon av valgt sykepleieteoretiker, deretter belyser jeg ulike teorier som inneles tematisk.

2.1 Kari Martinsen

Kari Martinsen (1943-) hevder at alle mennesker er avhengig av en relasjon til andre mennesker. Omsorg er noe vi er og gjør. Pasientenes individuelle og unike behov, vil ha betydning for hvordan omsorgen og omsorgens innhold kommer til syne i det praktiske arbeidet (Martinsen, 1993/2003, s. 14,69)

Selvtendighet og uavhengighet vurderes som positive verdier av samfunnet. Dette kan føre til diskriminering og mangel på respekt og anerkjennelse mot mennesker som ikke er selvhjulpen, som videre fører til lav selvrespekt. Sykepleiers moral og etikk bør komme til syne ved individuell sykepleie. Handlingen har fokus på at pasientene blir deltakende i eget liv (Martinsen, 2003, s. 43-49).

I profesjonell sykepleie skal sykepleier utføre omsorg uten å forvente noe tilbake. Sykepleier møter pasientene i komplekse og sammensatte situasjoner. Dette stiller et stort krav til sykepleiere både følelsesmessig og kunnskapsmessig. Profesjonell sykepleie innebærer at sykepleier er involvert, viser følelser og er personlig engasjert (Martinsen, 2000, s. 11-22).

Sykepleie handler hovedsakelig om mennesker som ikke er selvhjulpen. Sykepleie er den enkle pleien som kommer til uttrykk på bakgrunn av likhetstrekk i dagligverden mellom pasient og pleier. Ved å implementere fagkunnskaper i den enkle pleien vil pasienten kjenne seg igjen i dagliglivet, som fører til at pasienten ikke ydmykes, men anerkjennes (Martinsen, 2003, s. 75-77).

Pleien til døende pasienter tar sikte på at pasienten skal ha det så bra som mulig i den nåværende situasjonen med lik forståelse og aksept uavhengig av pasientens pleiebehov. (Martinsen, 2003, s. 77-79).

Kommunikasjon handler om å oppfatte og registrere ord og uttrykk, samt ta imot pasienten og dens opplevelse ved å registrere, sanse, være deltakende og tilstedeværende for pasienten. Kommunikasjon består av hva som sies og hvordan det sies. Tonen, følelsen, rytmen og ansiktsuttrykk, har innvirkning på hvordan ordene tydes på. (Martinsen, 2000, s. 32,41). Kommunikasjon kan alltid oppfattes og sies på ulike måter. Tilstedeværelse og sansing i kommunikasjon og nærvær med pasienten er sentralt for å forstå innholdet (Martinsen, 1993/2003, s. 124-126).

2.2 Historisk perspektiv

Tilbake i historien var døden en naturlig del av livet. Mennesker som var døende var selv med på å bestemme og planlegge sin egen død. Den døende ble tatt hånd om og pleiet av familien og venner i hjemmet. I dagens samfunn, er samtalen om døden og pleien for døende blitt noe tabubelagt og institusjonalisert. Det blir sett på som en fordel og lettelse dersom et gammelt menneske dør brått og uventet i forhold til et langvarig sykdomsforløp før døden. Livet til den døende skal foregå så normalt som mulig slik at de naturlige forandringene til et døende menneske holdes skjult. Døden blir ofte ikke lenger betraktet som en naturlig hendelse (Ilkjær, 2011, s. 742-743).

2.3 Palliasjon

Verdens helseorganisasjon (2004) (Sitert i Lorentsen & Grov, 2010, s. 425), definerer palliasjon på følgende måte:

Palliasjon er aktiv pleie og omsorg for pasienter med inkurabel sykdom og kort forventet levetid. Lindring av pasientens fysiske smerter og andre plagsomme symptomer står sentralt, sammen med tiltak rettet mot psykiske, sosiale og åndelige/eksistensielle problemer. Målet med att behandling, pleie og omsorg, er best mulig livskvalitet for pasienten og de pårørende.

Det er flere ulike symptomer, plager og ubehag som kan ramme pasienten i den terminale fasen, og som påvirker pasientens verdighet og selvbilde. Dette skyldes nedbrytende kroppslige prosesser som fører til endret utseende, tap av kroppslige funksjoner og utskillelsen av avfallsstoffer (Ilkjær, 2011, s. 749-750). Dette kan vise seg i form av at klærne ikke lenger passer, manglende styrke til å utføre ADL, sår som lukter, manglende kontroll på urin og avføring, samt åndelige og sosiale vanskeligheter. Symptomer fra grunnsykdommen kan også bli mer fremtredende (Lorentsen & Grov, 2010, s. 402-431). I den palliative fasen har sykepleier en vesentlig rolle i forhold til å ivareta pasientens grunnleggende behov,

verdighet, autonomi og identitet. Vanlige symptomer og plager hos døende mennesker kan for eksempel være tretthet, smerte, angst, eksistensielle problemer, kvalme, oppkast, obstipasjon, respirasjons besvær og depresjon (Ilkjær, 2011, s. 749-750).

2.4 Tegn på at døden nærmer seg.

Døden er en prosess som biologisk sett strekker seg over tid. Det kan være minutter, timer eller uker. Sykepleier må ha kunnskap om fysiologiske symptomer som viser at døden nærmer seg. Symptomene kan for eksempel være klam, kald og svett hud, kalde, bleike og blåmarmorerte hender og føtter, svekkede sanser, nedsatt respirasjonsfrekvens, pustestopp, og en rallende respirasjon. Symptomene skyldes opphoping av avfallsstoffer og manglende oksygentilførsel (Ilkjær, 2011, s. 759-761).

2.5 Integritet og verdighet

Det finnes internasjonale retningslinjer for å sikre ivaretagelse av menneskers verdighet. De Forente Nasjoners (FN) menneskerettighetserklæring (1948), sier at alle mennesker uavhengig av blant annet kjønn, rase og religion, er født likeverdige, med like rettigheter.

Alle mennesker har behov for å bli sett og respektert som den personen de er.

Helsepersonelloven (1999), § 4, sier at all pleie og omsorg skal utføres på en individuell, faglig forsvarlig og omsorgsfull måte. Eldre mennesker føler seg ofte sett på som de begrensingene som alder og skrøpeligheit har påført dem, og ikke som det hele menneske de egentlig er. Sykepleier må bli kjent med den enkelte pasient for å sikre at pasienten blir behandlet individuelt med integritet og verdighet (Kirkevold, 2010, s. 96-97).

Alle mennesker har et egen individuelt privat rom. Dette private rommet må oppleves som ivaretatt og respektert for at personens integritet skal opprettholdes. Eldre mennesker med funksjonssvikt kan ha behov for pleie og omsorg fra andre mennesker, noe som kan oppleves som invadering av det private rommet. (Kirkevold, 2010, s. 96-97).

2.6 Hjelpebehov og velvære

Eldre mennesker som ikke lenger klarer å utføre personlig hygiene og blir avhengig av hjelp, kan føle stort personlig tap og nederlag. Funksjonstap fører til avhengighet, også i forhold til at pasienten må sleppe andre mennesker inn i private og intime situasjoner. Dette kan lett føre til at pasienten får en følelse av å miste verdigheten (Brodtkorb, 2010, s. 149 -150).

I forbindelse med personlig hygiene, kreves det at sykepleier har ferdigheter som bygger på kunnskap og erfaring, slik at sykepleien er tilpasset pasientens hjelpebehov. Det å hjelpe en

pasient med personlig hygiene innebærer at sykepleier må engasjere seg og justere pleien til pasientens opplevelse av situasjonen. Pasienten får da anledning til å delta aktivt dersom pasienten ønsker det (Brodtkorb, 2010, s. 150-152).

Med personlig hygiene menes stell av kroppen som fører til velvære og beskyttelse mot sår og infeksjoner. For å bevare hel hud hos eldre mennesker, samt forebygge trykksår, er det viktig å sørge for god hudpleie i form av parfymefrie såper, vaskekrem, olje og fuktighetskrem. Mange eldre mennesker er plaget av inkontinens, noe som kan føre til infeksjoner, sårhet og lukt, og som krever god intimhygiene (Brodtkorb, 2010, s. 153-154). I

I tillegg til hudpleie, er munnstell viktig for å unngå karies, sårhet og betennelse i munnhulen. Spesielt munnstell utføres på pasienter som er helt eller delvis bevisstløs, eller har infeksjoner i munnen. Spesielt munnstell bør utføres 4-5 ganger daglig, eller ved behov (Borge, 2011, s. 630-633).

2.7 Pasient-pleier relasjonen

For å sikre pasientens integritet, trygghet og verdighet, er relasjonen mellom sykepleier og pasient sentral. Svekket og sårbare mennesker er spesielt avhengig av at sykepleier kjenner til og ivaretar pasientens ønsker og behov. Sykepleiers egne erfaringer, kunnskaper, ferdigheter og holdninger til døden, har betydning for sykepleien. Ledelsen i avdelingen bør legge til rette for ivaretagelse av rammer som fremmer kontinuitet i pasientarbeidet. Ivaretagelse av etablert kontakt mellom pasient og pleier kan begrenses av sykepleiers organisatoriske rammer som tid, deltidsstillinger, sykemeldinger og organisering av arbeid på avdelingen (Kirkevold, 2010, s. 99).

I følge Helsepersonelloven (1999), § 3-1 og § 3.2, er helsepersonell pålagt å handle til pasientens beste. Noen ganger kan helsepersonell komme i etiske dilemma i forhold til pasientens ønsker ikke står i samsvar med helsepersonellet sine vurderinger og behandlingsplan (Slettebø, 2010, s. 172-173). I følge Pasient- og brukerrettighetsloven (1999), § 4-1, skal all helsehjelp foregå med pasientens samtykke.

2.8 Kommunikasjon

Det er tidligere i kapittelet referert til Martinsen (2003) i forbindelse med kommunikasjon, men ønsker også å referere til andre forfattere for å få en bredere forståelse av begrepet.

Kommunikasjon med gamle og kritisk syke mennesker kan være utfordrende. Pasienten kan ha redusert syn og hørsel, dårlig allmenntilstand og kognitiv svikt som fører til at pasienten ikke orker eller evner å kommunisere (Ranhoff, 2010, s. 183).

God profesjonell kommunikasjon krever en positiv allianse mellom pasient og sykepleier. Alliansebygging kan fremmes ved å være lyttende, vise interesse og møte pasienten med respekt og pålitelighet. For at pasienten skal få tillit til sykepleier, og føle seg ivaretatt og trygg, krever det at avtaler holdes, oppfølging av rutiner, samt at pasienten får den hjelp han har krav på (Eide & Eide, 2007, s. 18, 46).

Kommunikasjon om er helt sentralt og viktig i møte med eldre døende mennesker. Pasienten kan oppleve trygghet ved å snakke om døden. Det er sykepleier og leges oppgave å sørge for at kommunikasjon ikke bare blir informasjon, men en samtale mellom helsepersonell og pasient (Hjort, 2010, s. 450).

Verbal kommunikasjon beskriver ordene som brukes i kommunikasjon. Nonverbal er kommunikasjonsformer som kommer til uttrykk via ansiktsuttrykk, blikket, kroppsspråk, stemmebruk, berøring, stillhet, og ulike tempo. Den nonverbale kommunikasjonen gir uttrykk for følelser, tanker og engasjement fra avsenderen. Det kan noen ganger være vanskelig å tolke nonverbale uttrykk, og det kreves at sykepleier klarer å sette kommunikasjonsuttrykkene i sammenheng med pasientens situasjon. Sykepleier må være observant på at pasienter er særlig oppmerksom på den nonverbale kommunikasjonen fra sykepleier, og den taler ofte sterkere til pasienten enn det som kommer til uttrykk verbalt (Eide & Eide, 2007, s. 198-202).

2.9 Frykt og angst

Det å være døende kan ha mange ulike årsaker, og oppleves helt individuelt. Mange føler at tryggheten i livet og grunnen blir revet vekk. (Renolen, 2010, s. 181-182).

Mennesker med en alvorlig diagnose, eller som er i siste fase av livet, kan lide av frykt og angst for sykdommen, behandlingen, smerter, fremtiden og døden. Mange mennesker som er i denne situasjonen kan ha nytte av å snakke om sin frykt og angst. De skremmende følelsene kan da bli dempet, og det innvendige trykket kan forsvinne (Renolen, 2010, s. 166).

2.10 Teamarbeid.

Teamarbeid er sentralt for å dekke pasientens behov. Teamet består blant annet av pasienten, pårørende, sykepleiere og lege, hvor alle er spesialister på hvert sitt område. Kommunikasjon og gjensidig respekt er sentralt i denne sammenheng. Kommunikasjon mellom helsepersonell

innebærer nøye dokumentering, rapportering og journalskriving. Videre er det viktig at eventuelle problemer som kan oppstå tas opp i forkant, slik at forholdene kan legges til rette og klargjøres til bruk dersom pasientens tilstand endres til det verre (Hjort, 2010, s. 450-451).

2.11 Åndelig omsorg

Eksistensielle spørsmål, søkes ofte svar på ved hjelp av religion og livssyn (Torbjørnsen, 2010, s. 456). De Forente nasjoners (FN) menneskerettighetserklæring (1948), sier at det er en menneskerett å kunne utøve sin religion. For eldre mennesker på sykehjem, er det sykehjemmet sitt ansvar å legge til rette for, og følge opp religionsutøvelse. De vanligste ritualene som utføres på sykehjem er andakter, gudstjenester, nattverd og velsignelse av døende. Ritualene blir oftest gjennomført av en prest eller diakon i samarbeid med sykepleier. Mennesker som er i siste fase av livet, kan ha behov for å belyse eksistensielle spørsmål. Noen eksempler på slike tema kan være følgende: Levd liv, mening med livet, lidelse, døden og håp (Torbjørnsen, 2010, s. 461-462).

2.12 Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere

Sykepleieren skal sørge for at alle pasienter mottar individuell helhetlig omsorg og sykepleie som også innebærer å bidra til en naturlig og verdig død med minst mulig lidelse. Sykepleier skal bidra til at pasientens integritet og verdighet blir ivaretatt ved at pasienten får bestemme over eget liv, og unngår krenkelse (Norsk Sykepleierforbund, 2011).

3.0 Metode

Denne bacheloroppgaven blir skrevet under bestemte rammer og retningslinjer som er gitt av HSH. Dette gjelder også valg av metode, som er en systematisk litteraturstudie.

I følge Vilhelm Aubert (sitert i Dalland, 2012, s. 111) defineres metode på følgende måte:

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.

En metode kan beskrives som den redskapen som benyttes dersom noe skal undersøkes. Det finnes flere ulike metoder, og begrunnelsen for valg av metode, er at den er relevant til datasamling om det som skal undersøkes. Det kan være flere metoder som er egnet for den samme undersøkelsen. Forskjellen er blant annet hvilke type svar som forventes, om det er målbare enheter, eller opplevelser, følelser og meninger. (Dalland, 2012, s. 111-112).

3.1 Kvalitative og kvantitative metoder

Kvalitativ metode har til hensikt å undersøke menneskelige oppfatninger, opplevelser og holdninger, altså beskrivende data om noe. Ved bruk av kvalitativ metode, er det ofte et lite utvalg, men datamaterialet som skal analyseres er rikt på informasjon. For datasamling til denne typen metode, brukes ofte, observasjon, intervju eller dokumentlesning (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim & Reinart, 2012, s.72).

Kvantitativ metode, brukes ofte dersom hensikten er å få målbare svar. Ved å bruke denne metoden gir det forskeren mulighet til å foreta regneoperasjoner som kan gi en bred forståelse eller informasjon om det aktuelle temaet. Ved datasamling til en kvantitativ forskningsmetode, brukes det ofte spørreundersøkelse hvor forskeren ikke har direkte kontakt med utvalget (Dalland, 2012, s. 113-115).

3.2 Litteraturstudie som metode

Metoden for denne bacheloroppgaven er som nevnt en litteraturstudie.

«En litteraturstudie innebærer å systematisk søke, kritisk vurdere og deretter sammenligne litteraturen innenfor et valgt emne eller problemområde» seier Forsberg og Wengstrøm (2013, s. 30).

Litteraturstudie kan deles i allmenn litteraturstudie og systematisk litteraturstudie.

Allmenn litteraturstudie er en metode som brukes for å studere og analysere forskning som allerede er gjennomført. Målet kan være å sammenligne og analysere eksisterende forskning for å få en oversikt over hva som finnes av resultater (Forsberg og Wengstrøm, 2013, s. 25).

En systematisk litteraturstudie krever at det utarbeides en eksakt spørsmålsformulering som det ønskes svar på. Videre anvendes det en systematisk og spesifikk fremgangsmåte for å finne et viss antall relevant eksisterende forskning av god kvalitet. Den eksisterende forskningen blir kritisk vurdert og plukket ut til inkludering i studien. Litteraturen blir analysert, diskutert, sammenlignet som videre ender med en konklusjon som besvarer spørsmålet (Forsberg og Wengstrøm, 2013, s. 26-31).

Uavhengig av hvilke type litteraturstudie som benyttes, er informasjonskilden eksisterende studier. For å klare å sortere ut relevant eksisterende forskning av god kvalitet, kan det være hensiktsmessig å ha kunnskap om de seks nivåene i s-pyramiden. Forskning som ligger høyt oppe i s-pyramiden, er mest lettest, anvendbar og kvalitetsvurdert (Nordtvet et al. 2013, s. 44-52).

3.3 Fremgangsmåte

For å finne kildene til denne oppgaven, brukte jeg ulike databaser via høgskolen sin databaseoversikt. Databasene som jeg brukte var CINAHL og SveMed+. Jeg valgte å bruke CINAHL da den inneholder blant annet sykepleiefaglig forskning, og SveMed+ da den inneholder blant annet skandinavisk sykepleiefaglig forskning. For å finne de rette søkeordene tok jeg utgangspunkt i problemstillingen. Avgrensningene jeg brukte i søket var hovedsakelig full tekst og at publiseringsdatoen ikke skulle være eldre enn 10 år. 10 år kan virke som enn ganske vid avgrensning, men med tanke på medmenneskelige og mellommenneskelige forhold, samt gode og trygge intervensjoner til mennesker ved livets slutt, kan forskning som er 10 år fremdeles være gjeldende. Søkeordene som jeg brukte i søkestrategien er følgende: End of life, dignity, nursing care, elderly, care, palliative care, communication, nonverbal kommunikation, nurses perspectives og users views.. Da jeg søkte og leitet i databasene, prøvde jeg ulike søkeord alene og i kombinasjon med andre. Da jeg fikk treff, leste jeg i første omgang gjennom titlene på artiklene for å leite etter artikler som kunne være relevant. Da jeg kombinerte søkeordene som beskrevet i søketabellen, leste jeg i første omgang gjennom titlene. Da jeg fant noen som var relevant, åpnet jeg til full tekst og studerte om artikkelen var en forskningsartikkel med tanke på IMRAD strukturen. Videre studerte jeg om studien hadde

en klar problemformulering, metode og tydelige resultat som var relevant for oppgaven. Deretter valgte jeg artiklene som kunne bidra til å besvare oppgaven fra ulike perspektiv.

Søketabell:

Nummer	Søkeord	Avgrensninger	Resultat
CINAHL 11.01.2015			
Søk nr. 1	End of life	Full tekst, publiseringsdato 2004-2014	3684
Søk nr. 2	Dignity	Full tekst, publiseringsdato 2004-2014	1205
Søk nr. 3	Nursing care	Full tekst, publiseringsdato 2004-2014	42258
Søk nr. 4	Søk nr.1 og Søk nr.2 og Søk nr.3	Full tekst, publiseringsdato 2004-2014	48
SveMed+ 11.01.2015			
Søk nr. 1	End of life	Full tekst, publiseringsdato 2004-2014	83
Søk nr. 2	Elderly	Full tekst, publiseringsdato 2004-2014	15659
Søk nr. 3	Care	Full tekst, publiseringsdato 2004-2014	20988
Søk nr. 4	Søk nr.1 og Søk nr.2 og Søk nr.3	Full tekst, publiseringsdato 2004-2014	24
CINAHL 13.01.2015			
Søk nr. 1	Palliative care	Full tekst, publiseringsdato 2004-2014	6896
Søk nr. 2	Nonverbal communication	Full tekst, publiseringsdato 2004-2014	519

Søk nr. 3	communication	Full tekst, publiseringsdato 2004-2014	17220
Søk nr. 4	Nursing care	Full tekst, publiseringsdato 2004-2014	42258
Søk nr. 5	Søk nr. 1 og søk nr. 2 og søk nr.3 og søk nr. 4	Full tekst, publiseringsdato 2004-2014	2
CINAHL 13.01.2015			
Søk nr. 1	Nurses perspectives	Full tekst, publiseringsdato 2004-2014	839
Søk nr. 2	End of life care	Full tekst, publiseringsdato 2004-2014	2951
Søk nr. 3	Søk nr. 1 og søk nr. 2	Full tekst, publiseringsdato 2004-2014	36
CINAHL 18.01.2015			
Søk nr. 1	Palliative care	Full tekst, publiseringsdato 2004-2014	624
Søk nr. 2	Users views	Full tekst, publiseringsdato 2004-2014	241
Søk nr. 3	Søk nr. 1 og søk nr. 2	Full tekst, publiseringsdato 2004-2014	9

Artikkelen «*Views on dignity of elderly nursing home residents*», skrevet av Franklin, Ternstedt & Nordenfelt (2006), fant jeg på søk nr. 4 i databasen CINAHL. På søk nr. 4, fikk jeg til sammen 48 treff, hvor denne artikkelen var nr. 30.

Artikkelen «*Omsorg og behandling ved livets slutt i sykehjem*», skrevet av Wille & Nyrønning (2012), fant jeg på søk nr. 4 i databasen SveMed+. På søk nr 4, fikk jeg til sammen 24 treff, hvor denne artikkelen var nr. 6.

Artikkelen « *Nurses nonverbal methods of communicating with patients in the terminal phase*», Skrevet av kozlowska & Deboszynska (2012), fant jeg på søk nr. 5 i databasen CINAHL. På søk nr. 5 fikk jeg til sammen 2 treff, hvor denne artikkelen var nr. 1.

Artikkelen « *Nurses perspectives of challenges in end of life care*», skrevet av Valente (2011), fant jeg på søk nr. 3 i databasen CINAHL. På søk nr. 3, fikk jeg til sammen 36 treff, hvor denne artikkelen var nr. 5.

Artikkelen «*Patient perspectives: what do palliative care patients think about their care?*» skrevet av Conner, Allport, Dixon & Sommerville (2008), fant jeg på søk nr. 3 i databasen CINAHL. På søk nr. 3, fikk jeg til sammen 9 treff, hvor denne artikkelen var nr. 2.

3.4 Metodekritikk

En systematisk litteraturstudie som oppgaven er bygget på har fordeler og bakdeler. Ved å leite i databaser finnes det utallige eksisterende forskning av god kvalitet. Avhengig av hva som skal besvares, kan forskeren være heldig med mange relevante funn. Det kan også tenkes at det kan bli problematisk å finne relevant kvalitetsmessig forskning, spesielt med tanke på begrensninger og avgrensninger som oppgaven avhenger av (Forsberg og Wengstrøm, 2013, s. 26-31).

I prosessen med å leite frem eksisterende god forskning til denne litteraturstudien, har jeg brukt mye tid på gjennomgang av forskningsartikler. I følge Nortvedt et al. (2012, s. 69), er en vitenskapelig artikkel stort sett bygget opp etter IMRAD-prinsippet. IMRAD er forkortelse for Introduksjon, Metode, Resultat, And Diskusjon. Denne kunnskapen er sentral i forhold til å leite frem og bedømme relevant forskning, og var noe av det første jeg la merke til i artiklene. I forhold til det å kunne stole på resultatene, som er metodedelen i artikkelen, har jeg brukt sjekklister for kritisk vurdering, som jeg hentet fra kunnskapssenteret. Sjekklistene er et hjelpemiddel som jeg har benyttet til å vurdere artiklene, men sjekklistene er ikke tatt med og vist i oppgaven, da det ikke er et krav.

3.5 Etikk i oppgaven

Forskningsetikk dreier seg i hovedsak om å ivareta personvern, anonymitet og taushetsplikt for deltakerne i studien, og sørge for at forskningsresultatene blir fremstilt på en troverdig måte (Dalland, 2012, s. 100-104).

Ved all medisinsk og helsefaglig forskning, skal det på forhånd søkes til den regionale forskningsetiske komite om godkjenning til studien (Dalland, 2012, s. 98).

Utvalget bør informeres nøye om studien som skal gjennomføres. Dette for å sikre at deltakerne vet hva de samtykker til. Informert, frivillig samtykke er grundig skriftlig informasjon i forkant av studien, gjerne i tillegg til muntlig informasjon og skriftlig samtykke. Videre skal deltakerne vite at de når som helst i prosessen kan trekke seg fra deltakelsen (Dalland, 2012, s. 105-106).

I analysen av forskningsartiklene, har jeg studert hvordan forskeren har tatt hensyn til utvalgets personvern, anonymitet og hvordan utvalget har blitt informert om studien. Videre har jeg undersøkt om forskningsartikkelen har blitt godkjent av en forskningsetisk komite.

I følge Dalland (2012, s. 80), er plagiat, dersom man påstår eller uttrykker at en annen sitt arbeid er sitt eget. I denne oppgaven vil det si at jeg skal hele tiden påpeke hvor jeg har funnet litteraturen, og hvem som har skrevet det, nettopp for å ikke utgi andres litteratur som min egen.

3.6 Kritisk vurdering av forskningsartiklene.

Av hensyn til ordbegrensninger, har jeg valgt å gi en samlet kritisk vurdering av de utvalgte 5 forskningsartiklene som anvendes i denne oppgaven. Artiklene henvises gjerne til artikkelnummer som er beskrevet i kapittel 4 - resultat.

Alle forskningsartiklene viste en tydelig problemformulering og et tydelig formål med studien. 4 artikler brukte kvalitativ metode, artikkel nr. 3 hadde en kvantitativ metode i form av spørreundersøkelse. Metodevalget kom tydelig frem i studiene. Utvalg og inklusjonskriterier ble beskrevet i alle studiene, noe som styrker resultatet. Alle forskningsartiklene forklarte grundig analysen av dataene, og resultatene ble klart beskrevet. Flere av artiklene underbygget egne funn med funn i eksisterende forskning, noe som kan tenkes å styrke troverdigheten i resultatene. Alle studiene viser at etiske forhold er vurdert. Utvalget i studiene var nøye informert, både skriftlig og muntlig. Artikkel nr. 1,4 og 5 hadde i tillegg skriftlig samtykke. Kunne ikke finne at artikkel nr. 4 var godkjent av etisk komite. Jeg velger allikevel å bruke studien, da jeg finner den relevant for oppgaven. De resterende artiklene er etisk godkjent.

Jeg har valgt artikler som belyser problemformuleringen på ulike måter og fra ulike perspektiv. Noe som er hensiktsmessig for å få en bredere forståelse av omsorg og pleie til en verdig død.

4.0 Resultat

I denne delen av oppgaven blir det presentert et sammendrag av hver forskningsartikkel samt til slutt et sammendrag av funnene.

4.1 Artikkel nr. 1

“Views on dignity on elderly nursing home residents”.

Forfattere: Franklin, Ternestedt og Nordenfelt (2006).

Hensikten med denne svenske studien var å finne ut hvilken oppfattelse eldre mennesker på sykehjem har om verdighet ved livets slutt. Metoden er kvalitativ med semi strukturerte intervjuer som inkluderer 12 pasienter, 10 kvinner og 2 menn over 85 år. Intervjuene ble gjennomført i løpet av 18 måneder. Inklusjonskriteriene var følgende: Tidlig palliativ fase, måtte kunne snakke engelsk, deltakeren kunne ikke lide av hukommelsestap og at deltakeren forstod hensikten med studien og betydningen av egen deltakelse. Alle deltakerne fikk muntlig og skriftlig informasjon av sykepleier på avdelingen. I etterkant av informasjonen måtte deltakerne signere på et samtykkebrev med tilstedeværelse av sykepleier. Siden intervjuene pågikk over tid, ble det informert om studien i forkant av hvert intervju.

Intervjuene ble tatt opp på bånd. Pasientene ble i løpet av intervjuet nøye observert slik at det kunne tas personlige hensyn i intervjuene. Av hensyn til personvern, ble det brukt sitat som ikke kunne knyttes til en bestemt person. Studien er godkjent av den lokale forskningsetiske komite. Det ble utført 4-6 intervjuer som inneholdt 4-6 åpne spørsmål, med intervaller på 3-6 måneder. Spørsmålene handlet om holdninger hos sykepleierne, bekymringer relatert til dagliglivet på sykehjem, hva som hadde innvirkning på følelse av verdighet i hverdagen, samt tanker om fremtiden og døden. Intervjuene ble lest, analysert og sammenlignet.

Resultatene viste flere faktorer som spiller inn på verdighet i livets siste fase. Bare det å flytte på sykehjem gjorde noe med personen som menneske. Verdighet kunne sterkt knyttes til pasientenes syn på egen kropp og tapte funksjoner. Pasientenes forhold til andre mennesker og hvordan andre mennesker oppførte seg mot dem påvirket pasientenes indre styrke, identitet, selvbilde og verdighet. Frykt og angst for fremtiden med tanke på tap av kontroll, avhengighet og ansattes holdninger. Sykepleiers håndlag, holdninger, kontakt og optimisme, samt å bli behandlet som et individuelt menneske, bidro til å styrke pasientenes verdighet.

4.2 Artikkel nr. 2

«Omsorg og behandling ved livets slutt i sykehjem».

Forfattere: Wille (Sykepleier) og Nyrønning (Sykepleier) (2012).

Hensikten med denne Norske studien var å forbedre og heve kvaliteten for omsorg og behandling ved livets slutt. Dette ble gjort ved å utarbeide en standard for omsorg og behandling, for å sikre kvalitet i pleien ved livets slutt. Metoden er kvalitativ ved å foreta et kvalitetsutviklingsprosjekt. Utvalget var pleiere ved to undervisningssykehjem i Bergen og Trondheim, en palliativ enhet samt 10 prosjektmedarbeidere som skulle være en ressurs for de ansatte ved sykehjemsavdelingene. Pleiere fra de overnevnte avdelingene, skulle utvikle og utprøve ulike modeller for omsorg og behandling ved livets slutt. Samarbeid med den palliative enheten stod sentralt for å utveksle erfaring og oppnå en bred kompetanseoverføring innen lindrende behandling for mennesker på sykehjem. I prosessen ble det brukt et symptomkartleggingsskjema (ESAS), og etter dødsfall ble det fylt ut et reflekterende debriefingskjema på tiltak og resultat, samt ettersamtaler. Prosjektmedarbeiderne deltok på hospitering, prosessveiledning, ferdighetstrening og fagmøter der gruppen med kritisk blikk diskuterte kvalitetsforbedring, og opparbeidet standardene for det aktuelle tema.

Resultatet belyser en standard med 10 domener med tilhørende mål. Domenene inneholder forebygging og lindring av fysiske symptomer, tiltak med fokus på psykiske symptomer, informasjon, kommunikasjon og forebygging av komplikasjoner ved sengeleie. Studien viser at alliansen mellom sykepleier og pasient må starte så tidlig som mulig i oppholdet.

Sykepleier må åpne opp for samtale om døden og andre vanskelige spørsmål for å sikre at pasienten får individuell og god pleie og omsorg. Samtale om døden er utfordrende for mange pleiere hvor mangel på kunnskap om døden og dødsprosessen, samt private følelser kan være årsaken. Tillitsforhold mellom pasient og pleier er sentralt men kan bli truet av effektivitet og økonomiske begrensninger.

4.3 Artikler nr. 3

«Nurse nonverbal methods of communicating with patients in the terminal phase».

Forfattere:

Kozłowska (ph.d. student) og Doboszynska (Førsteamanuensis avd for sykepleie) (2012).

Hensikten med denne Polske studien var å undersøke hvilke kommunikasjonsmetoder, spesielt nonverbal kommunikasjon, sykepleiere brukte i samhandling med døende pasienter. Metoden er kvantitativ med spørreundersøkelse med 24 spørsmål som var laget til dette formålet. Spørreskjemaet ble sendt ut til 5 ulike sykehus. Inklusjonskriteriene var følgende: Pleierne måtte være helsefaglig utdannet, og alder 21-65 år. Totalt på de fem sykehusene som var med i undersøkelsen jobbet det totalt 144 pleiere. 48 pleiere svarte ikke på undersøkelsen, altså var det totalt 96 pleiere som deltok i undersøkelsen. Spørreundersøkelsen ble godkjent av styret på sykehusene. På hvert sykehus var det en person som hadde ansvar for å informere om undersøkelsen og spørre pleierne om de ønsker å delta. Spørreundersøkelsen inneholdt en introduksjonsdel som beskrev at undersøkelsen var frivillig og anonym, samt definerte nonverbal kommunikasjon. Spørreundersøkelsen vurderte pleiernes oppførsel og tilnærming til pasientene, pleiernes tanker omkring ulike kommunikasjonsformer, pleiernes ferdigheter og pleiernes utdanning innen kommunikasjon.

Resultatene viste at de fleste trivdes godt på jobb, og mente de hadde et positivt forhold til sine pasienter. De fleste mente også at de ikke hadde problemer i forhold til å kommunisere med pasientene. Faktorer som ble nevnt som vanskeligst å jobbe med var fremmede mennesker samt pasientenes familier. Pleierne mente at over 50 % av kommunikasjonen var nonverbal. De mest brukte nonverbal kommunikasjonsformene som ble brukt var berøring, ansiktsuttrykk og øye kontakt. Pleierne viste omsorg for pasientene i den hverdagslige pleien ved å holde pasientens hånd, stryke, smile, ha øyekontakt, være nær pasienten uten å si noe, og gjennom verbal kommunikasjon. Dersom pleierne var irritert på jobb, kom det oftest til uttrykk ved å unngå øyekontakt og generelt unngå pasient kontakt.

4.4 Artikkel nr. 4

“Nurses Perspectives of Challenges in End of Life Care”.

Forfatter: Valente (Sykepleier) (2011).

Hensikten med denne Amerikanske studien, var å finne ut hvilke utfordringer kreftsykepleiere står overfor i pleie og omsorg ved livets slutt. Metoden er kvalitativ med fokusgruppe. Utvalget bestod av 6 kreftsykepleiere. Inklusjonskriteriene var kreftsykepleiere som hadde direkte kontakt med mennesker ved livets slutt, og som tilhørte Los Angeles Oncology Nursing Society. Deltakerne mottok et informasjonsskriv i forkant av studiestart. Da gruppen var samlet, mottok de på nytt informasjon om studien, konfidensialitet og at deltakerne når som helst kunne avslutte. Deretter skulle deltakerne signere på et informert samtykke og

konfidensialitet. Gruppen ble stilt spørsmål som skulle oppfordre til diskusjon hvor det skulle snakkes fritt og diskuteres inntil det ikke var mer i si. Datasamlingen ble tatt opp på bånd, transkribert, sammenlignet med notater og analysert.

Resultatet ble delt inn i følgende tema: Kommunikasjons tema viste viktigheten med god og informativ kommunikasjon blant kollegaer, familie og pasient, angående vanskelige tema. Tverrfaglig konflikt som belyser etiske dilemma når pasientens ønsker, ikke samsvarer med lege, sykepleier og pårørendes behandlingsplaner. Tilrettelegge for en verdig død ved tverrfaglig samarbeid, formidle pasientens ønske, oppmuntre til samtale mellom familiemedlemmer samt snakke om døden og dødsprosessen.

4.5 Artikkel nr. 5

“Patient perspectives: what do palliative care patients think about their care?”

Forfattere: Conner(Sykepleier), Allport(Sykepleier) , Dixon(Sykepleier) & Sommerville(Sykepleier) (2008).

Hensikten med denne studien fra Newcastle, var å utforske palliative pasienters opplevelse av den omsorgen de mottok på sykehus og hjemme. Metoden er kvalitativ med ikke-strukturerte intervjuer. Utvalget bestod av 10 pasienter. Inklusjonskriteriene var at de måtte snakke engelsk, og at pasientene var godkjent av helsearbeidere til å være fysisk og psykisk i stand til en times intervju. Utvalget fikk et informasjonsark 24 timer før det ble spurt om skriftlig samtykke slik at deltakerne kunne tenke seg nøye om før deltakelse. Etter intervjuet ble det gitt et nytt skriftlig samtykke for å sikre at deltakerne ikke ønsket å trekke seg. Deltakerne kunne avslutte intervjuet dersom ønskelig. Alle medlemmene i forskerteamet var kvalifiserte sykepleiere og hadde kunnskap om palliative pasienter. Hver forsker intervjuet 2-3 pasienter, hvor forskerne ikke hadde noe kjennskap til pasientene. Intervjuene ble tatt opp på bånd, deretter transkribert. Intervjueren analyserte dataene først, deretter ble dataene analysert av en annen forsker i forskerteamet. Studien var etisk godkjent av den lokale forskningsetiske komite.

Funnene viste viktigheten med god kommunikasjon og symptomlindring samt betydningen av sykepleiernes kunnskap, innsats, håndlag og personlige egenskaper ved at pasientene følte seg ivaretatt og sett hvor sykepleierne bidro til selvstendighet, håp og verdighet.

4.6 Oppsummering av funn

I litteratursøket til denne bacheloroppgaven, har jeg bevisst prøvd å finne forskning fra ulike perspektiv, og med ulike metoder. Jeg ønsket med dette å se mot temaet med ulike briller for å finne mest mulig reelle intervensjoner som bidrar til en verdig død. Selv om artiklene er ulike, har de allikevel endel fellestrekk som er med på å styrke funnene. Det meste av funnene handlet om mellommenneskelige forhold mellom sykepleier, pasient, samt hva som styrker og foringer følelsen av verdighet. Det kommer frem i de fleste studiene at sykepleier har en viktig rolle i forbindelse med en verdig død. Holdningene, håndlaget, kunnskapene, og kommunikasjonsferdighetene er vesentlig i møtet med pasientenes følelse av hjelpeløshet og funksjonstap ved livets slutt. Kommunikasjon, både verbal og nonverbal, beskrives i flere artikler, og viser både pasientenes meninger om god kommunikasjon, samt pleiernes metoder for å kommunisere med pasienten. Spesielt en artikkel beskriver hvilke påvirkning responsen fra andre mennesker har på følelsen av verdighet, samt viktigheten med trygge relasjoner for å snakke om vanskelige tema som for eksempel døden. Individuell behandling, symptomlindring og tiltak som kan føre til selvstendighet, bidrar til verdighet.

5.0 Drøfting

I denne delen av oppgaven drøftes oppgavens problemstilling opp mot teori og funnene fra forskningsartiklene.

5.1 Verdighet og integritet

Franklin et al. (2006), finner i sin studie at pasientene lettest kan beskrive verdighet dersom pasientene har opplevd krenkelse. En av de viktigste årsakene til krenkelse, er at pasienten ikke blir sett og hørt. Egen praksiserfaring viser at alle mennesker, også gamle døende mennesker har behov for å bli sett og respektert for det hele mennesket de alltid har vært, og ikke bare det skallet, den syke, gamle kroppen som vises på utsiden. Sett i lys av dette, slår De Forente nasjoners (FN) menneskerettighetserklæring (1948) fast at alle mennesker er født likeverdige, med like rettigheter.

Helsepersonelloven (1999), § 4, pålegger helsepersonell til å utføre all pleie og omsorg på en individuell, faglig forsvarlig og omsorgsfull måte. I møte med pasienter i komplekse og sammensatte situasjoner, hevder Martinsen (2000, s. 11-22), at profesjonell sykepleie innebærer at sykepleieren viser følelser og er personlig engasjert. I følge Kirkevold (2010, s. 96-97), kan sykepleier bidra til at pasienten føler verdighet ved å gi individuell pleie og respektere pasientens ønsker og behov. Et eksempel fra min egen praksis, handler om en døende pasient, som av natur var sjenert og lite snakkesalig. Det var bare noen få pleiere som kjente han godt. Når pasienten låg på det siste, virket det som om han ikke fant roen, selv med mye omsorg og medikamentell behandling. Da kom en pleier på vakt som hadde hatt ferie en stund og visste med en gang hva som plaget pasienten. Han hadde nemlig gitt uttrykk for at han ønsket å ha sin avdøde kones giftering på lillefingeren når han døde. Pasienten døde fredelig.

I følge Martinsen (2003, s. 43-49), bør handling vurderes ut ifra hver situasjon, og videre sikre at pasientene blir deltakende i sitt eget liv. Det kommer frem i studien til Kozłowska og Doboszyńska (2012), at det kan være utfordrende å etterfølge pasientens ønske om pleie og behandling, dersom det ikke samsvarer med helsepersonells planer og tanker om pleie og behandling. Dette kan noen ganger føre til etiske dilemma for helsepersonell, noe som også bekreftes av Slettebø (2010, s. 172-173). Helsepersonell kan i denne sammenhengen informere og oppfordre pasienten i en retning, men samtidig være bevisst på at Helsepersonelloven (1999), § 3-1 og § 3.2, sier at helsepersonell er pålagt å handle til

pasientens beste, som betyr at pasienten har rett på informasjon og medvirkning i all pleie og behandling, hvor pasientens ønske skal respekteres og tas hensyn til. På den ene siden har helsepersonell plikt til å følge helsepersonelloven, og på den andre siden er Pasient- og brukerrettighetslov(1999), § 4-1, klar på at dersom det ikke foreligger annen lov, skal all helsehjelp foregå med pasientens samtykke. I praksis vil dette si at helsepersonell skal ha tett samarbeid med pasienten, gi relevant informasjon, lytte til pasientens, og handle etter pasientens ønske. Dersom ikke helsepersonell lytter til pasientens ønsker og tanker om eget liv, kan det oppfattes som respektløst og generelt for pasienten, hvor den individuelle pleien mangler. Dette belyses i studien til Conner et al. (2008), hvor pasientene påpeker viktigheten ved samarbeid vedrørende behandlingsforløp for å sikre at pasienten får en følelse av sammenheng, medbestemmelse og verdighet.

Funksjonssvikt hos pasienten føre med seg at pasienten settes i en posisjon hvor pasientens private, intime rom blir invadert av fremmede mennesker. Når pasienten ikke lenger er i stand til å ivareta egen intimhygiene, kan det føles veldig nedverdiggende for pasienten. Sykepleier må i denne situasjonen opptre varsomt, forståelsesfull overfor pasientens situasjon slik at pasienten føler seg respektert, som videre er med på å opprettholde verdigheten (Brodtkorb, 2010, s. 149 -150). Dette kan sees i sammenheng med resultatene i studien til Franklin et al. (2006), hvor pasientene beskriver hvor nedverdiggende det oppleves når andre mennesker må hjelpe til med intime gjøremål, og hvordan sykepleiers holdninger og oppførsel spiller inn på opplevelsen av verdighet.

5.2 Den ugjenkjennelige kroppen og personlig hygiene

I studien til Franklin, Ternestedt og Nordenfelt (2006), beskriver pasientene hvordan kroppen kjennes fremmed og hvordan dette påvirker deres verdighet. Tapet kan dreie seg om kroppslige funksjoner som manglende kontroll på urin og avføring, illeluktende sår, endret utseende, og avhengighetsforhold til pleiere. Teorien til Brodtkorb (2010, s. 149 -150), bekrefter funnene, og påpeker at det er vanskelig og nedverdiggende for mange å sleppe andre mennesker inn i deres intimsone. Forskning og litteratur viser at pasientene beskriver tap av kroppslige funksjoner som en stor faktor i forhold til verdighet, noe som kan lett sees i sammenheng med Martinsens (2003, s. 43) uttalelser om den vestlige kulturen som stigmatiserer avhengighet med negative holdninger og kjennetegn, hvor idealet er selvhjulpenhet. Min praksiserfaring bekrefter dette, og viser at sykepleiers holdninger, kunnskap og håndlag virker avgjørende for utførelsen av sykepleien til døende pasienter, og som videre påvirker om pasienten føler seg respektert, sett og ivaretatt i sin sårbare situasjon.

Dette kan sees i lys av de Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (NSF, 2011) som sier at sykepleier skal gi pasienten individuell og helhetlig omsorg og sykepleie, samt sørge for at pasientens integritet og verdighet blir ivaretatt.

Å hjelpe pasienten med personlig hygiene, blir en stor del av pleien til døende pasienter. Personlig hygiene dreier seg om stell og vask av kroppen. I følge Brodtkorb (2010, s. 153 - 154), kan verdighet forbindes med å holde kroppen ren og velstelt. Dette kan innebære kroppsvask, intimvask, stell og klipp av negler og munnstell. Franklin et al. (2006), hevder også i sin studie at pasientene finner det ekstra vanskelig dersom hjelpebehovet handler om deres intime område. Martinsen (2003, s. 76), hevder at forståelsen for pasientens situasjon er sentralt i sykepleie, noe som betyr at sykepleier bør sette seg inn i og vise forståelse for pasientens situasjon på bakgrunn av egne erfaringer i dagliglivet. I praksis har jeg erfart at noen sykepleiere setter pasienten i en avmaktsposisjon, hvor pleier overtar alle avgjørelser og utførelse av pleie uten å inkludere og ta hensyn til pasientens sårbare situasjon, uttrykk og respons. Martinsen (2003, s. 43-49) sier at handlingen må vurderes ut ifra situasjonen. Noe som i praksis betyr at sykepleier kan ikke bare handle, men må ha blikket på pasienten og handle ut ifra pasientens ønsker og behov.

Døende pasienter som er inkontinente, har behov for god intimhygiene. Dette med tanke på at urin og avføring som blir liggende inntil huden kan føre til sår, infeksjoner og ubehagelig lukt, som kan være ubehagelig, skjemmende og flaut for pasienten (Brodtkorb, 2010, s. 153 - 154). På den ene siden er personlig hygiene viktig i forhold til pasientens selvbilde, verdighet og følelse i nærvær med andre mennesker. På den andre siden er intimhygiene viktig for å forebygge ekstra unødvendig ubehag og plager for pasienten. Begge dimensjonene er like viktig. Relatert til egen praksis, kan det sies at det er sentralt at sykepleier har og anvender kunnskap, men medfølelsen, moralen og håndlaget er like viktig for å bevare pasientens verdighet i den praktiske pleien.

Som annen hygiene bør også munnstell tilpasses pasientens behov. Godt munnstell er med på å forhindre karies, sårhet og dårlig smak og lukt fra munnen. Pasienter ved livets får ofte utført spesielt munnstell flere ganger om dagen (Borge, 2011, s. 630-633). Min erfaring fra praksis viser at utførelsen av spesielt munnstell er manglende og dårlig utført. Dette kan knyttes opp mot lite kunnskap, erfaring og sykepleierens holdninger til den døende.

I studien til Franklin et al.(2006), beskrev pasientene hvordan tapet av kroppsfunksjoner påvirket oppfattelsen av seg selv og ikke minst hvordan det å ikke kunne presentere seg selv

for andre slik dem vanligvis gjorde, påvirker følelsen av verdighet. Alle mennesker har behov for positiv respons fra andre mennesker. Kirkevold, (2010, s. 96-97), beskriver at eldre mennesker ønsker å bli behandlet med respekt for den personen de virkelig er og ikke som en sykdom. I følge Martinsen (2003,s. 44), er alle mennesker avhengig av andre. For å oppnå selvrespekt, er mennesker avhengig av positiv bekreftelse fra andre mennesker. I praksis kan dette på den ene siden kobles til pasientens utseende og selvhjulpenhet, men på den andre siden er responsen i form av kommunikasjon og holdningen til pasienten som et voksent og intelligent menneske, like viktig for selvrespekt og verdighet.

5.3 Kommunikasjon

Eldre syke mennesker har ofte redusert syn, hørsel og dårlig allmenntilstand som gjør at det kan være vanskelig for pasienten å kommunisere. Dette kan føre til en utfordrende jobb for sykepleier (Ranhoff, 2010, s. 183). Det kommer frem i studien til Kozlovska og Doboszynska (2012), at god og vellykket kommunikasjon er uunnværlig i forhold til verdighet ved livets slutt. Wille og Nyrønning (2012), påpeker at dersom sykepleier skal kunne legge til rette for en verdig død, er det viktig å snakke om forholdene rundt døden. Det er i denne sammenhengen sentralt å tilrettelegge av det fysiske miljøet, samt skape en relasjon til pasienten. Martinsen (2000, s. 32), sier at det er viktig å finne tonen og samklngen med pasienten ved å bruke hele sin kropp og sine sanser i nærvær med pasienten. Sykepleiers blikk må være både registrerende, deltakende, sansende og tilstedeværende for å forstå pasientens ord og uttrykk. Eide og Eide (2007, s. 18.46), sier at dersom det skal opprettes og opprettholdes en positiv allianse, bør sykepleier være lyttende til pasientens ord og uttrykk, vise interesse for pasienten som menneske med dens liv, tanker, holdninger, meninger og følelser, samt møte pasienten med respekt og politelighet. Dette kan sees i sammenheng med funnene i studien til Conner, Allport, Dixon og Somerville (2008), hvor pasienten har behov for å føle seg trygg ved å bli sett og hørt, og være trygg på at avtaler holdes samt at rutiner blir fulgt opp. Sett i lys av dette, viser mine erfaringer fra praksis at tilrettelegging av det fysiske miljøet som for eksempel sørge for at pasienten har aktuelle hjelpemiddel som briller og høreapparat og med minst mulig forstyrende stimuli, samt bygge en allianse ved å vise interesse, respekt og politelighet, vil skape de beste forutsetningene for god kommunikasjon.

I studien til Conner et al. (2008), påpeker de døende pasientene selv hvordan forholdet og kommunikasjonen mellom pasient og pleier er med å bidrar i positiv retning til verdighet. Kommunikasjonen kan for eksempel dreie seg om sykdomsforløpet, symptomer som kan fortelle at døden nærmer seg, smerte, symptomlindring og åndelige/eksistensielle behov.

Åndelige/eksistensielle spørsmål handler ofte om meningen med livet, om døden, pasientens levde liv og håp. Svaret eller trøsten søkes ofte ved hjelp av religion (Torbjørnsen, 2010, s. 461-462). Min erfaring fra praksis viser at pasienter som ikke har utgitt seg for å være religiøse, har allikevel søkt trøst og trygghet i religion når livet nærmer seg slutten. Sett i kritisk lys, kan det tenkes at det kunne vert utarbeidet gode rutiner og et større fokus på å kartlegge pasientens åndelige/eksistensielle behov så tidlig som mulig, slik at pasienten får dekket dette behovet over tid. Det kan også tenkes at dette dreier seg om lite erfaring og kunnskap som fører til at sykepleier vegrer seg til å snakke om vanskelige ting.

I studien til Valente (2011), som beskriver sykepleiers utfordringer ved omsorg i livets slutt, kommer det tydelig frem at det mange ganger kan det være utfordrende å snakke om døden og vanskelige spørsmål. Dette resultatet styrkes i den norske studien til Wille og Nyrønning (2012), hvor mange av deltakerne syntes at døden var et vanskelig tema å snakke om. I tillegg til manglende kunnskap og erfaring, kan det også dreie seg at pleieren ser hvordan pasienten reagerer i slike sammenhenger og ønsker instinktivt å skåne pasienten. Dette kan gjerne sees i sammenheng med det som Ilkjær (2011, s. 743) skriver i forhold til at døden ofte holdes skjult for pasienten og det er noe tabubelagt å bringe døden på bane.

Martinsen (2000, s. 32) påpeker at kommunikasjonens funksjoner dreier seg om *hva* som sies og *hvordan* det sies. Hvordan noe sies, har betydning for hvordan andre oppfatter det som sies. Videre påpeker Martinsen (1993/2003, s. 124), at det som sies kommer til uttrykk i personens tilstedeværelse i situasjonen, som betyr at språk og sanser må arbeide sammen. Dette kan sees i sammenheng med det Eide & Eide (2007, s. 198-202) skriver om verbale og nonverbale kommunikasjonsformer i møte med døende mennesker. Begge er like viktig. Selv om pasienten og sykepleieren kommuniserer verbalt, så er det den nonverbale kommunikasjonen som viser følelsene og holdningene bak ordene. Kozlowska og Doboszynska (2012) bekrefter i sin studie at den nonverbale kommunikasjonsformen, er den mest brukte i kontakt med døende mennesker. Det trenger ikke alltid være ord, kommunikasjon er også berøring, ansiktsuttrykk, øyekontakt, et smil eller bare være nær uten å snakke. Min erfaring fra praksis viser at det å være nær uten ord, holde i hånden og stelle rundt pasienten etter pasientens ønske, har ført til at pasienten har virket rolig og trygg, og vist takknemlighet og tilfredshet ved å smile eller gi et håndtrykk.

5.4 Pasient – pleier forholdet

Martinsen (2000, s. 16), sier at ved all omsorgsarbeid kreves det at sykepleieren har forståelse for pasientens situasjon. Situasjonsforståelsen og personlig engasjement fra sykepleieren bidrar til å knytte bånd til pasienten. Wille og Nyrønning (2012), hevder i sin studie at for å sikre en trygg og god relasjon mellom sykepleier og pasient, er det vesentlig at alliansebyggingen starter allerede når pasienten innlegges på sykehjem. Det første møtet mellom pasient og sykepleier, danner i stor grad grunnlaget for trygghet og samarbeid resten av oppholdet. Erfaring fra praksis viser at det første møtet ofte kan bli preget av et stressende miljø med underbemanning eller dårlige rutiner og organisering fra leder, hvor sykepleieren er stresset og muligens kastet ut i møtet uten forberedelse. På den ene siden kan den organisatoriske biten ha stor innvirkning på det første møtet, men på den andre siden er det viktig at sykepleier har kunnskap og erfaring som fører til at pasienten blir tatt vel imot ved å føle seg velkommen, til tross for underbemanning og travel avdeling.

I følge Kirkevold (2010, s. 99), er relasjonen mellom sykepleier og pasienten sentral for å sikre pasientens integritet, trygghet og verdighet. Dette bekreftes i studien til Franklin et al. (2006), hvor det blant annet kom frem at verdighet sterk kunne knyttes til pasientens forhold til sykepleierne og andre mennesker, og hvordan andre mennesker oppførte seg mot dem. Etter det første møtet er over, starter arbeidet med å forsterke trygghet og tillit ved å bruke tid på pasienten ved å kommunisere, lytte, observere og kartlegge pasientens tanker, følelser, ønsker og behov. Wille og Nyrønning (2012), belyser i sin studie at når døden er nært forestående for pasienten, er det sentralt at sykepleier tar initiativ og åpner opp for samtale til samtale med pasienten og pårørende om eventuelle spørsmål om døden eller vanskelige tema. Det kan tenkes at dersom sykepleier våger å gå inn i vanskelige samtaler med pasienten, kan det bidra til å styrke tilliten, samt trygge pasienten med følelsen av at han ikke er alene om det vanskelige, og at sykepleier er en stemme og ressurs for pasienten når han ikke klarer å formidle selv.

Wille og Nyrønning (2012), påpeker i sin studie at det kan av ulike årsaker være utfordrende for sykepleiere å involvere seg med døende pasienter og kommunisere om vanskelige spørsmål. Hvordan døende pasienter blir ivaretatt og hvordan sykepleien blir utført, varierer fra pleier til pleier. Faktorer som er avgjørende er blant annet sykepleiers kunnskap, håndlag, ferdigheter og erfaringer med døende pasienter. Sykepleiers personlighet, samt egne private erfaringer og opplevelser om døden, vil også ha betydning for pleien. Erfaring fra praksis har vist at sykepleier må tørre å være til stede og være nær pasienten. Dersom sykepleier har

negative private opplevelser med døende og døden, kan det føre til tilbaketrekking hvor sykepleier ikke klarer å involvere seg i pasientens ønsker og behov og fører til usikkerhet og frustrasjon. Martinsen (2000, s. 75), påpeker at kunnskaper fra lærebøkene, ikke nødvendigvis fører til faglig dyktighet i utførelse av pleie og omsorg. Faglig dyktighet forutsetter at fagkunnskaper og praktiske handlinger kombineres. Selv om sykepleier har gode kunnskaper om døende, kan pleien og omsorgen bli mangelfull dersom sykepleier ikke klarer å overføre den teoretiske kunnskapen til praktisk handling. Denne praksiserfaringen støttes av teorien til Kirkevold (2010, s. 99).

Det kommer frem i studien til Valente (2011), at samarbeid i tverrfaglig team er med på å tilrettelegge for en verdig død. Det tverrfaglige teamet rundt pasienten, består blant annet av pasienten selv, pårørende, sykepleier og lege. Gjensidig respekt, samt kommunikasjon og tillit er sentralt. Det er avgjørende at sykepleier avgir tilfredsstillende rapport for å sikre at den døende opplever trygghet, forutsigbarhet og kontinuitet i pleien, noe som også bekreftes av Hjort (2010, s. 450-451). Erfaring fra praksis viser at avdelinger som har fokus på omsorg og pleie for døende, har gode tverrfaglige samtaler og diskusjoner, hvor legen har en viktig rolle ved å utgi retningslinjer og overgi skriftlige delegasjoner som skal iverksettes dersom pasienten blir dårligere.

6.0 Avslutning

Prosessen med å skrive denne litteraturstudien har vært utfordrende, men også svært interessant og lærerik. Retningslinjene for oppgaven setter begrensninger i forhold til antall ord, som fører til at det ikke har vært mulig å belyse alle ønskelige temaer. Dette har ført til at pårørende og medikamentell behandling som er vesentlige og viktige aspekter til døende pasienter, ikke er belyst i denne oppgaven.

Martinsens (2003) omsorgsfilosofi som oppgaven er forankret i, belyser at omsorgen til den døende pasienten, bestemmes av pasientens behov og situasjon. Med bakgrunn i dette, kommer det frem i oppgaven at pleie og omsorg som fremmer verdighet hos døende pasienter, er et stort tema med mange viktige aspekter da alle mennesker er forskjellig med ulike, individuelle behov og ønsker.

Verdighet ved livets slutt innebærer at pasienten blir behandlet som et verdifullt menneske og respektert for sine ønsker og valg. Sykepleier må ha kunnskaper, ferdigheter, håndlag, evne til innlevelse, samt behandle pasienten med respekt for å bidra til å bevare pasientens verdighet. Noe som er spesielt viktig i forbindelse med pasientens intime sone.

Sykepleier har ansvar for å skape en god relasjon med pasienten og opprette god kommunikasjon slik at pasienten føler seg sett, hørt, respektert og ivaretatt. Den nonverbale kommunikasjonen er viktig i samvær med døende mennesker, hvor pasienten formidler og mottar tanker følelser, omsorg og pleie. Trygghet skaper grunnlag for den gode samtalen. Sykepleier må åpne opp for samtale om vanskelige tema, døden og eksistensielle behov, og har videre et ansvar for å tilrettelegge for at pasienten kan få dekket sine eksistensielle behov.

Selv om lovverket, menneskerettighetene og yrkesetiske retningslinjer blant annet skal sikre pasienten en verdig død, er det flere andre faktorer som virker inn på pleien, omsorgen og verdigheten til pasienten. Stramt budsjett, travel hverdag for pleierne, manglende kvalifisert personale, personlige egenskaper og manglende kunnskap hos sykepleierne har betydning for hvilke omsorg og pleie den døende pasienten får.

Sett i lys av denne studien, kan det tenkes at dersom mennesker skal få en verdig død, kan det være hensiktsmessig å ha et større fokus på pleie og omsorg til døende mennesker.

Tilrettelegging i avdelingene med klare rutiner, rammer og tverrfaglig samarbeid, samt kompetanseheving av sykepleierne kan bidra til en verdig død for pasienten.

Referanseliste:

- Alvsvåg, H. (2010). Omsorg med utgangspunkt i Kari Martinsens omsorgstenkning. I U. Knutstad (Red.), *Sentrale begreper i klinisk sykepleie: Sykepleieboken 2* (3. utg., s. 417-448). Oslo: Akribe AS.
- Borge, A. M. (2011). Personlig hygiene. I I. M. Holter & E. T. Mekki (Red), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie: Sykepleieboken 1* (4. utg., s. 614-638). Oslo: Akribe AS.
- Brodtkorb, K. (2010). Stellet–mulighetenes arena. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie* (1. utg., s. 148-156). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Conner, A., Allport, S., Dixon, J., & Somerville, A. (2008). Patient perspective: what do palliative care patients think about their care?. *International Journal Of Palliative Nursing*, 14(11), 546-552.
- Hentet fra
<http://ezproxy.hsh.no:2476/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=11&sid=914c38fa-6283-4688-b0fa-08d44e860769%40sessionmgr4005&hid=4209>
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. (5. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Eide, H., & Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner: Samhandling, konfliktløsning, etikk* (2. rev. og utv. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Forente Nasjoner, de (1948). *Verdenserklæringen om menneskerettighetene*. Oslo: Norsk Samband for De Forente Nasjoner. www.globalinfo.no (lokalisert 08.01.11).
- Forsberg, C., Wengstrøm, Y.(2013). *Att göra systematiske litteraturstudier*.(3 utg.). Stockholm: Natur & 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.

Hentet fra

<http://ezproxy.hsh.no:2476/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=13&sid=1c8069e4-c44e-4e26-8e55-fe2e2687fd13%40sessionmgr4001&hid=4212>

Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell av 2. juli 1999 nr. 64*. Hentet 28. januar 2015 fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>

Hjort, P. F. (2010). Pleie og omsorg ved livets slutt. I M. Kirkevold, K. Brodtkorp, & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie* (1. utg., s. 447-455). Oslo:Gyldendal Akademisk.

Holter, T.E. & Mekki, T.E. (2011). *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie: Sykepleieboken 1*. Oslo: Akribe.

Ilkjær, I. (2011). Den døende pasienten-døden som sosialt og sosiolistisk-biologisk fenomen. I I. M. Holter & E. T. Mekki (Red), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie: Sykepleieboken 1* (4. utg., s. 742-780). Oslo: Akribe AS.

Kirkevold, M. (2010). Den gamles integritet. I M. Kirkevold, K. Brodtkorp, & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie* (1. utg., s. 91-99). Oslo:Gyldendal Akademisk.

Knutstad, U. (2010). Pasienten i sentrum i helsetjenesten. I U. Knutstad (Red.), *Sentrale begreper i klinisk sykepleie: Sykepleieboken 2* (3. utg., s. 19-25). Oslo: Akribe AS.

Kozłowska, L., & Doboszynska, A. (2012). Nurses' nonverbal methods of communicating with patients in the terminal phase. *International Journal Of Palliative Nursing*, 18(1), 40-46.

Hentet fra

<http://ezproxy.hsh.no:2476/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=26&sid=914c38fa-6283-4688-b0fa-08d44e860769%40sessionmgr4005&hid=4209>

Lorentsen, V. B., & Grov, E. K. (2010). Generell sykepleie ved kreftsykdommer. I H. Almås., D. G. Stubberud & R. Grønseth (Red), *Klinisk sykepleie 2* (4. utg., s. 402-431). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Martinsen, K. E. (2000): *Øyet og kallet*. Bergen: Fagbokforlaget.

Martinsen, K. (1993/2003): *Fra Marx til Løgstrup. Om etikk og sanselighet i sykepleien*. Oslo: Universitetsforlaget.

Martinsen, K. (2003). Omsorg, sykepleie og medisin. (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.

Norsk Sykepleierforbund (2011). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. ICNs etiske regler. Oslo: Norsk sykepleierforbund, hentet 10. februar fra <https://www.nsf.no/ikbViewer/Content/2182990/seefile>

Nortvedt, M., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L.V. & Reinart, L.M. (2012). *Jobb kunnskapsbasert! En arbeidsbok*. (2. utg.). Oslo: Akribe.

Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter av 2. juli 1999 nr. 63*. Hentet 28. januar 2015 fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasientrettighetsloven>

Ranhoff, A. H. (2010). Den akutt syke og gamle. I M. Kirkevold, K. Brodtkorp, & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie* (1. utg., s. 180-195). Oslo:Gyldendal Akademisk.

Renolen, Å. (2010). *Forståelse av mennesker: Innføring i psykologi for helsefag*. Bergen: Bokforlaget.

Slettebø, Å. (2010). I M. Kirkevold, K. Brodtkorp, & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie* (1. utg., s. 170-179). Oslo:Gyldendal Akademisk.

Torbjørnsen, T. (2010). Åndelig omsorg. I M. Kirkevold, K. Brodtkorp, & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie* (1. utg., s. 456-464). Oslo:Gyldendal Akademisk.

Valente, S. (2011). Nurses' perspectives of challenges in end of life care. *JOCEPS: The Journal Of Chi Eta Phi Sorority*, 55(1), 28-31.

Hentet fra

<http://ezproxy.hsh.no:2476/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=34&sid=914c38fa-6283-4688-b0fa-08d44e860769%40sessionmgr4005&hid=4209>

Wille, I. L., & Nyrønning, S. (2012). Omsorg og behandling ved livets slutt. *Geriatrisk sykepleie*, 2012;4(3)10-7

Hentet fra

http://sykepleien.no/sites/sykepleien.no/files/electronic-issues/articles/geriatrisk_omsorg_ved_livets_slutt_i_sykehjem.pdf

Vedlegg

Vedlegg 1 -Resultattabell:

Artikkel	Hensikt	Metode og datainnsamling	Utvalg	Resultat
<i>“Views on dignity of elderly nursing home residents”</i> <i>Franklin, Ternstedt & Nordenfelt (2006)</i>	Hensikten var å undersøke hvilke syn, og hva som påvirker verdighet hos eldre mennesker på sykehjem som var i palliativ fase.	I denne studien ble det brukt en kvalitativ metode med semi strukturerte intervjuer. Intervjuene ble tatt opp på bånd, og deretter satt i sammenheng med situasjonen. Intervjuene ble lest, analysert og sammenlignet.	Utvalget var 12 pasienter på sykehjem, 10 kvinner, 2 menn over 85 år.	Det er flere følgende faktorer som påvirker livskvalitet i palliativ fase: eget syn på egen kropp, forholdet og responsen til andre mennesker, frykt, angst for fremtiden.
<i>«Omsorg og behandling ved livets slutt i sykehjem»</i> <i>Wille og Nyrønning (2012)</i>	Hensikten var å forbedre og heve kvaliteten for omsorg og behandling ved livets slutt ved å utarbeide og iverksette en standard for omsorg og behandling ved livets slutt på	I denne studien ble det brukt en kvalitativ metode ved å gjøre et kvalitetsutviklingsprosjekt med hospitering, prosessveiledning, ferdighetstrening og fagmøter. I prosessen ble det brukt symptom	Utvalget var pleiere ved undervisnings sykehjem i Bergen og Trondheim, i tillegg til en palliativ enhet. Prosjekt medarbeiderne besto av 10 hjelpepleiere	Verdighet ved livets slutt er subjektivt og påvirkes av ulike faktorer. Pleie og omsorg ved livets slutt innebærer individuell pleie og omsorg inkludert fysisk, psykisk, sosialt og åndelig.

	sykehjem.	kartleggingsskjema, og etter dødsfall ble det fylt ut et reflekterende debriefingsskjema på tiltak og resultat, samt ettersamtaler. Arbeidsprosessen førte til forslag til standarder for omsorg og behandling ved livets slutt i sykehjem.	og sykepleiere.	Grunnleggende verdier er forankret i tillitsforhold mellom pasient og pleier, men kan trues av effektivitet og økonomi. Viktig å åpne opp for samtale om døden. Det kan være utfordrende for mange pleiere å snakke om døden, grunnet manglende kunnskap og private følelser.
« <i>Nurses nonverbal methods of communicating with patients in the terminal phase</i> » Kozłowska & Doboszyńska (2012)	Hensikten med studien var å finne ut hvilke kommunikasjonsmetoder, spesielt nonverbal, som ble brukt til pasienter i livets siste fase.	Det ble brukt en kvantitativ metode med spørreundersøkelse på 5 sykehjem i Polen. Statistica software 9, ble brukt for å analysere dataene og resultatet ble presentert som beskrivende statistikk	Utvalget var pleiere på 5 ulike sykehus i Polen. Inklusjonskriteriene var at pleierne måtte være utdannet innen helsefag, og være mellom 21-65 år.	Resultatet i studien viste at nonverbal kommunikasjon var mye brukt, og kommunikasjonsmåtene var oftest berøring, stryking, smil, være nær, holde i hånden, øyekontakt og verbal kommunikasjon.

				Irritasjon hos pleier kom til uttrykk ved at pleier unngikk blikk kontakt og pasienten.
<p>“Nurses perspective of challenges in end of life care” Valente (2011)</p>	Hensikten med studien var å finne ut hvilke utfordringer kreftsykepleiere står overfor i pleie og omsorg ved livets slutt.	Det ble brukt en kvalitativ metode med fokusgrupper i denne studien. Dataene ble tatt opp på bånd sammen med skriftlige notater, for så å bli transkribert, sammenlignet, diskutert og konkludert.	Utvalget bestod av 6 kreftsykepleier som tilhørte Los Angeles Oncology Nursing Society, som hadde direkte kontakt med døende pasienter.	Tilrettelegging for samtale om døden og dødsprosessen. Kommunisere om vanskelige spørsmål. Tverrfaglige konflikter i forhold til behandlingsforløp og pasientens ønsker. Hvordan tilrettelegge for en verdig død.
<p>Patient perspective: what do palliative care patients think about their care?” Conner, Allport, Dixon & Sommervill</p>	Hensikten med denne studien var å finne ut hvilke tanker og følelser palliative pasienter hadde om den omsorgen som de mottok.	Det ble brukt en kvalitativ metode med ikke-strukturerte intervjuer. Intervjuene ble tatt opp på bånd, transkribert og analysert av de ulike forskerne.	Utvalget bestod av 10 palliative pasienter som snakket engelsk og var godkjent av fagpersoner for å være i stand fysisk og psykisk til å delta i studien.	Funnene viste viktigheten med god kommunikasjon og symptomlindring samt betydningen av sykepleiernes kunnskap, innsats, håndlag og personlige egenskaper ved at pasientene følte

e (2008),				seg ivaretatt og sett hvor sykepleierne bidro til selvstendighet, håp og verdighet.
-----------	--	--	--	---