



Høgskulen på Vestlandet

Bacheloroppgave

BSDAUT230-O-2023-VÅR-FLOWassign

Predefinert informasjon

Startdato:	28-04-2023 00:00 CEST	Termin:	2023 VÅR
Sluttdato:	12-05-2023 14:00 CEST	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Bacheloroppgave		
Flowkode:	203 BSDAUT230 1 O 2023 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.:	202
---------------------	-----

Informasjon fra deltaker

Antall ord *:	8000
----------------------	------

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

Gruppe

Gruppenavn:	(Anonymisert)
Gruppenummer:	1
Andre medlemmer i gruppen:	Deltakeren har innlevert i en enkeltmannsgruppe

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



BACHELOROPPGAVE

Fullførelsen av pasientens livsprosjekt.¹

Sykepleierens rolle og ansvar for eldre i sykehjem.

The fulfillment of the patient's project called life.

Nursing roles and responsibilities for the elderly in nursing homes.

Kandidatnummer: 202

Kompletterende utdanning for sykepleiere med utdanning fra land utenfor EU/EØS

Fakultet for helse- og sosialvitenskap/ Høgskolen på Vestlandet, Bergen

Veileder: Elin Vestbøstad

Innleveringsdato: 12.05.2023

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 12-1.

¹ Tittelen er et sitat fra Sebastian von Hofacker sitt intervju (Sebjørnsen, 2022).



Bilde er fra Gustoimages / Science photo library



«La pasienten
være sjefen i
sin egen død,
like mye som
han er sjefen
i sitt eget
liv.»

- Ingvard Wilhelmsen

Abstract

Background: The current documentaries and news from the media depict the evident need for a better approach in rendering care for the elderly. The lives of old people in Norway seem to be neglected by the community wherein a social-democratic model is normally observed. This neglect led to provocation among many people, and led me as well, on wanting to know more about the subject.

Aim: The aim of this study is to have a better understanding about the nursing roles and responsibilities in preserving dignity of geriatric patients living in long-term care facilities, in congruent with Katie Eriksson's caritative nursing theory.

Design: The design is a literature review. To approach this, a combination of systematic and strategic technique is used. The systematic selection of relevant research papers was done on Cochrane library, while the strategic approach was done using names of Bettina Husebø, Svein Olav Daatland and Dagfinn Nåden.

Results: 10 research papers were included. A synthesis of the results was developed and divided into four sets, namely; «knowledge regarding palliative care», «nurses' role and authority in nursing homes», «care focusing on preserving dignity» and «engagement of the community».

Conclusion: Nurses have a significant role and responsibility in preserving dignity of the elderly living in long-term care facilities. Nursing care plan for the elderly must be based on the patients' needs. Furthermore, one must not take for granted what a simple act of love can do. How much love nurses put on everyday tasks determines the nature of care the elderly receives. Also, because of unprecedented circumstances, family members need to have an active participation in providing care for the elderly. There is an apparent reason to involve family members, but further research is needed to utilize this in practice. And although this study provides a better understanding on the nursing roles and responsibilities in preserving dignity of the elderly in nursing homes, it does not really mean anything if it is not put into practice. One must act on what one knows in pursuing to achieve the common goal: fulfillment of the patient's project called life.

Innholdsfortegnelse

1.0	Innledning.....	5
1.1	Introduksjon til tema.....	5
1.2	Bakgrunn for valg av tema	6
1.3	Problemstilling	7
1.3.1	Avgrensing og presisering av problemstilling.....	7
2.0	Begrepsavklaring.....	7
2.1	Livets siste fase og terminal fase	7
3.0	Teori	8
3.1	Verdighet.....	8
3.2	Åpenhet om døden	8
3.2.1	Hvordan snakker vi om døden?	9
3.3	Palliativ omsorg for pasienter og pårørende.....	9
3.3.1	Livets siste dager.....	10
3.3.2	PACE 6 Steps to Success	11
3.4	Looverket og yrkesetikk.....	11
3.5	Pårørendes bidrag til ressursmangel	12
3.6	Katie Erikssons karitative omsorgsteori.....	13
4.0	Metode.....	14
4.1	Litteraturstudie som metode.....	14
4.2	Metodisk fremgangsmåte	14
4.2	Analyse og syntese	15
4.3	Kildekritikk og etiske overveielser	15
5.0	Funn.....	17

5.1 Kunnskap om palliativ omsorg.....	17
5.2 Sykepleierens rolle og makt i sykehjem.....	17
5.3 Verdighetsbevarende omsorg	18
5.4 Samfunnsengasjement	19
6.0 Drøfting	21
6.1 Den vanskelige samtalen	21
6.2 Den modige og kompetente sykepleieren	22
6.3 Verdighetsbevarende omsorg til eldre i sykehjem.....	26
6.4 Betydningen av pårørende	28
7.0 Avslutning.....	29
7.1 Oppsummering	29
7.2 Konklusjon med perspektivering	29
8.0 Referanser	31
9.0 Vedlegg.....	39
9.1. VEDLEGG 1: Inklusjons- og eksklusjonskriteria.....	39
9.2 VEDLEGG 2: Søkehistorikk på Cochrane Library.....	40
9.3 VEDLEGG 3: Manuelt søk ved forfatterens navn.....	41
9.4 VEDLEGG 4: Litteraturmatrise	42
9.5 VEDLEGG 5: Sammenligning av PACE prosjekt og Livets siste dager palliativ plan	58

1.0 Innledning

1.1 Introduksjon til tema

Døden er en ufravikelig del av livet. I vår tid, i vår del av verden er døden institusjonalisert og medikalisert (Fosse, A., 2020). Statistikken viser at omtrent 27% av befolkningen døde på sykehus, 53% på sykehjem og 15% i private hjem (Folkehelseinstituttet, 2021). Det betyr at om lag halvparten av befolkningen i Norge dør på sykehjem. Her vil helsepersonell nesten daglig konfronteres med eldre, døende mennesker (Gripsrud & Thoresen, 2019, s. 23). Det er derfor avgjørende hvilken tilnærming helsepersonell har til denne målgruppen.

Nylig i januar i år, har NRK Brennpunkt satt i søkelys på kritikkverdige forhold i norske eldreomsorg. NRK har brukt skjult kamera for å vise et bilde av dagens eldreomsorg i Norge, både i hjemmesykepleie og sykehjem (NRK, 2023). Det er urovekkende og kvalmende å se på episodene på Brennpunkt: «Omsorg bak lukkede dører». Mange reagerte sterkt på dette.

I tillegg diskuterer fagfolk, politikere og vanlige folk hva som er galt på eldreomsorg i en debatt på NRK den 26. januar 2023. Ett av punktene i debatten hevder behov for kvalifisert og kompetent helsepersonell som skal ivareta eldre mennesker. Det er økende gap mellom behov og oppgaver, og ressursene som står til rådighet, ifølge Gunn Marit Helgesen, styreleder på KS. Kjent forfatter og selv erklært sosialdemokrat Anne Holt påstår at Norge har en sosialdemokratisk tradisjon, uansett hvilken regjering det er nå. Hun påpeker at det er et svik mot denne sosialdemokratiske modellen. Modellen skal sørge for at vi skal ta vare på hverandre. Det betyr at kollektivet skal plukke opp de som faller. Men det viser seg i reportasjene fra Brennpunkt NRK at vi som kollektivet ikke lengre plukker opp de som faller og som medfører provokasjon til mange, sier Anne Holt. I tillegg legges det vekt i debatten på behov for en solidaritet og det å ta et felles ansvar for å løse eldreomsorgsproblem, nettopp fordi at problemet i eldreomsorg er et samfunnsproblem (NRK debatt, 2023).

Dermed kan man komme i et resonnement av at eldre fortjener bedre behandling og omsorg. I lys av dette, vil jeg finne ut hvor sykepleiere er i sammenheng med uverdige forhold i eldreomsorg. I tillegg vil jeg henvende meg til Katie Erikssons karitative omsorgsteori for tolkning av oppgaven.

1.2 Bakgrunn for valg av tema

Hensikten med studien er å få mer kunnskap og innsikt i sykepleiers rolle og ansvar for å ivareta pasientens verdighet på sykehjem. Jeg skal fortsette å jobbe på sykehjem etter sykepleierstudiet. Som følge av dette, ønsker jeg å være forberedt på å stå trygt i sykepleierrollen på sykehjem.

I en sammenheng, har Kristin Valen, en høgskolelektor på Institutt for helse og omsorgsvitenskap, forsket på sykepleierstudenters kompetanseutvikling i palliasjon (HVL, 2023). Sykepleiestudenter over hele verden beskriver at de er uforberedt på palliativ omsorg. Store variasjoner i hvordan palliativ omsorg er integrert i sykepleieutdanningen globalt er identifisert som en barriere for å forbedre palliativ omsorg for mennesker med uhelbredelig sykdom. Hvordan sykepleierstudenter forstår palliasjon, og hvor godt trent de er, er derfor av betydning (Valen, 2023).

«Kunnskap er makt», konstaterte den britiske filosofen Francis Bacon allerede på 1600-tallet. Den som har kunnskap, har derfor makt, den kunnskapsløse er uten (Thurén, T. 2021, s. 164). En kan dermed si at kunnskap gir trygghet. Jo mer kunnskap og forståelse man har i et fagfelt, jo tryggere er man i å stå i sin rolle.

Lege har det overordnede medisinske ansvar, både for nødvendige beslutningsprosesser i forkant og for vurderinger knyttet til oppstart, bruk og eventuell avslutning av livets siste dager (Helse Bergen, 2020), men lege er ikke alltid til stede på sykehjem. På sykehjemmene var det legevisitt én gang i uken og to ganger i uken på noen av korttidsavdelingene (Storli, et al., 2016). Ofte er det sykepleier som stiller de vanskelige spørsmålene til pasienten, og har de nødvendige helseopplysningene som gir grunnlag til legens beslutning.

Christine Gulla er en sykehjemslege og fastlege på Askøy som har utarbeidet sitt doktorgradsarbeid ved Senter for alders- og sykehjemsmedisin på Universitet i Bergen. Hun mener at sykepleierne i sykehjem har en voldsom makt i forhold til medisinbruk av pasientene på sykehjem (Fonn, 2019).

På bakgrunn av disse opplysningene om blant annet makt, debatt om eldreomsorg og Brennpunkt dokumentaren, formulerer jeg problemstilling i det følgende.

1.3 Problemstilling

Hvordan kan sykepleiere ivareta eldre sin verdighet i palliativfasen i langtidsopphold enheter i sykehjem?

1.3.1 Avgrensning og presisering av problemstilling

Fokuset i oppgaven er ivaretagelse av verdighet blant geriatiske pasienter i palliativ fase. Målgruppen bor i langtidsopphold avdelinger i sykehjem. Siden pasienten er i palliativ fase, inkluderer jeg palliativ omsorg i oppgaven. På grunn av stort omfang avgrenses litteraturstudien i det følgende: pasientens diagnose, behandlingsintensitet, vurdering om pasientens samtykkekompetanse, medikamentelle palliative tiltak, samspill i et multikulturelt miljø i sykehjem og betydning av frivillige i eldreomsorg. For å belyse problemstillingen valgte jeg følgende underspørsmål:

1. Hva betyr en verdig død?
2. Hva behøver sykepleiere for å bli stand til å stå i en forståelsesfull og åpen relasjon til eldre i palliativ fase?
3. Hvordan kan sykepleiere bidra til at eldre i sykehjem lever i forsoning med seg selv og andre?
4. På hvilken måte kan pårørende bidra til manglende ressurs i sykehjem?

2.0 Begrepsavklaring

2.1 Livets siste fase og terminal fase

I denne oppgaven, mener jeg livets siste fase og palliativ fase som synonyme. Det betyr at pasienten er i fasen hvor han/hun har en uhelbredelig sykdom og kort forventet levetid. Terminal fase mener jeg her som har få timer eller dager igjen og er innen palliativ fase (Helsedirektoratet, 2018). Det betyr at palliativ fase er bredere enn terminal fase.

3.0 Teori

3.1 Verdighet

Begrepet verdighet er inkludert i innlednings første setningen på FNs menneskerettighetserklæring som menneskets iboende verdighet (FN, 1948). Det betyr at det er en verdighet som ligger i hvert enkelte og som er der uansett, uttaler filosof Henrik Syse (2017). Verdighet er å føle at du selv og andre setter pris på det menneske du er (Fugelli, 2010). Fremfor alt, innebærer det å kunne velge (Husebø, et al., 2015, s. 27).

Mye av forskningen om verdighet er knyttet til omsorg ved livets slutt (Heggestad, 2016, s. 29). Studien til Bøe (2008) påpeker at pasienter opplevde det nedverdiggende når de kun ble oppfattet som et fysisk objekt, ikke som hele personer. Bøe fant ut at en verdig omsorg var kjennetegnet ved at pleiepersonalet evnet å oppdage eventuell eksistensiell smerte og våget å gå inn i åpne samtaler rundt det som opptok pasientene. Samtidig viste en studie av Heggestad, et al. (2015) at pårørende opplever knapphet på ressurser og en oppgavesentrert omsorg som den største trusselen mot beboernes verdighet.

3.2 Åpenhet om døden

Ved at man snakker om det som er ukjent og som mange frykter, vil kanskje døden miste noe av sin brodd (Gripsrud & Thoresen, 2019, s. 11). I Norge understøtter flere organisasjoner mer åpenhet om døden i samfunnet. Hensikten er at det skal snakkes mer åpent om det å skulle dø, om døden, og om sorg (Gripsrud & Thoresen, 2019, s. 18). Hospiceforum Norge er en av dem som organiserer folkemøter. Folkemøter bidrar til å nå Meld. St. 24 sitt mål om mer åpenhet rundt døden (Hospiceforum Norge, 2019).

I stortingsmelding 24 (2019-2020), foreslår regjeringen blant annet at ingen beslutning skal tas uten pasienten selv. Spørsmålet «Hva er viktig for deg?» er utrolig viktig for å forstå hva som er pasientens prioritet. En utsettelse av å snakke om døden gjør det vanskelig å formidle ens ønsker (Rønsen & Jakobsen, 2016, s. 206).

3.2.1 Hvordan snakker vi om døden?

Ifølge Jung (1941), dør mennesket før døden når frem til kroppen. Vi kan iføre oss våre masker, men de kan ikke skjule vår innerste redsel (Jung, C. G., 1981). Sykepleiere med et reflektert forhold til døden og en personlig trygghet kan evne dem til et modig nærvær med pasienter som nærmer seg døden (Trier, 2016). I en motsetning til dette, kan sykepleieres egen dødsangst og behov for å skyve temaet til side medføre at sykepleiere ikke klarer å møte behovene til den døende (Aamold, 2013).

For Cicely Saunders, er motivasjonen for å jobbe innen palliasjonsfaget ofte noen man selv hadde gått gjennom i livet, altså at man hadde mistet en av sine kjære tidlig i livet. Det gjør at man bedre kunne forstå hva andre mennesker opplever i en vanskelig situasjon (Morland, 2016).

I Norge er det utarbeidet et verktøy på hvordan man kan gjennomføre samtaler om døden. Verktøyet er en e-læringsfilm med refleksjonsoppgaver underveis, veileder for etisk refleksjon og en guide for refleksjon (KS, 2021). For å snakke om døden, krever det gode kommunikasjonsevner (Myrset, 2020; Skogstrand, 2021). Gjennom kommunikasjon, legges grunnlaget for en god relasjon. Denne relasjonen er avgjørende for å kunne se pasientens behov og behandle døende med en helhetlig tilnærming (Skogstrand, 2021).

I tillegg har senter for medisinsk etikk, ved Reidun Førde, på oppdrag fra helsedirektoratet arbeidet med å utarbeide veileder for å gjennomføre forhåndssamtaler i Norge. Dette er en samtale eller flere samtaler der pasientens ønsker for behandling står i fokus (Hospiceforum Norge, 2022). Gjennom forhåndssamtaler kan pasienten være sjefen i sin egen død, like mye som han/hun er sjefen i sitt eget liv, slik som Ingvard Wilhelmsen uttaler seg i sitt foredrag. Forhåndssamtaler kan gi økt tilfredshet med omsorg og behandling, og å redusere engstelse og bekymring blant pårørende (Husebø, et al., 2014).

3.3 Palliativ omsorg for pasienter og pårørende

Palliativ omsorg er et helhetlig konsept som skal sikre alvorlig syke og døende et optimalt liv med verdighet til de dør (Husebø, et al., 2015, s. 26). Det bygger på utviklingen av hospice-

filosofien og Dame Cicely Saunders' arbeid i England. Hospicefilosofi var å ta menneskets fysiske, psykiske, sosiale, åndelige og eksistensielle behov på alvor, og at omsorgen for døende også skulle omfatte de pårørende og etterlatte (Trier, 2019, s. 851).

Palliativ omsorg struktureres i en palliativ plan. En palliativ plan er et verktøy for å kvalitetssikre palliative tiltak for pasienter med uhelbredelig sykdom som begrenser levetid (Helse Møre og Romsdal, 2019). Det er etablert lindrende enheter i sykehjem som har spesialkompetanse på palliasjon (Helsedirektoratet, 2022). Norsk sykehjem bruker Livets siste dager, som tar utgangspunkt i *Liverpool Care Pathway* (Trier, 2019, s. 889).

3.3.1 Livets siste dager

Livets siste dager (LSD) er et avkryssingsskjema som er delt i tre. Første del omfatter vurdering av pasienten som er døende ut fra gitte kriterier. Andre del består av et skjema hvor fagperson skal krysse av for pasientens tilstand i definerte bokser knyttet til delområder som smerte, kvalme, munnstell, osv. Tredje del innebærer oppfølging etter dødsfallet (Helse Bergen, 2020).

I LSD er det understreket at palliativplanen skal vurderes fortløpende og alltid revurderes dersom pasientens tilstand bedres eller det uttrykkes tvil, bekymring eller uenighet knyttet til bruk av planen. Det krever at både lege og sykepleier er enige om at pasienten er døende, og at alle mulige reversible årsaker til pasientens tilstand er vurdert (Helse Bergen, 2020). Men det kan ofte ikke trekkes et skarpt skille mellom behandling og palliasjon. Palliative tiltak innsettes gradvis selv om man gir livsforlengende behandling (Kaasa, et al., 2016).

Adekvate palliative tiltak forutsetter erkjennelse av at døden nærmer seg til eldre med høy komorbiditet og skrøpelighet. Viktige indikatorer på at døden nærmer seg, er at pasienten ikke kommer opp av seng eller stol, at han/hun har vansker for å drikke og ikke tolererer tilførsel av mat og drikke via sonde, at han ikke lenger klarer å ta perorale legemidler, og at han er tiltakende døsig (Wyller, 2020, s. 259; Helse Bergen, 2020).

3.3.2 PACE 6 Steps to Success

PACE 6 Steps to Success er en palliativ plan som er brukt i Belgia, Finland, Italia, Nederland, England, Polen og Sveits. Den er basert på «Route to Success in Long-term Care Facilities» fra England (NHS, 2010), som bygger på den velkjente palliativplanen «Gold Standards Framework». Planen innebærer 6 trinn nemlig, «forhåndssamtaler», «tidlig datainnsamling, planlegging og vurdering av tiltak», «samhandling av palliativ omsorg via møter én gang i måned», «palliativ omsorg med fokus på depresjon og smertelindring», «omsorg ved livets siste dager» og «refleksjon etter dødsfall» (Smets, et al., 2018).

PACE 6 Steps to Success har mange likhetstrekk med *Livets siste dager*, men skiller seg ut ved det tredje trinn i PACE palliativ plan. Tredje trinn innebærer diskusjon med fokus på tverrfaglig beslutningsprosess angående observasjoner og vurderinger av eldre som har mulig < 6 måned forventet levetid. Diskusjon er minst én gang i måned. Eldre som blir identifisert, blir fulgt nøye med tanke på utvikling av symptomer. Frekvens av møter justeres i tråd med forverring av pasientens allmenntilstand (Smets, et al., 2018). *Livets siste dager* inkluderer ikke identifisering av eldre som har mulig <6 måned forventet levetid, men har fokus på omsorg i livets siste dager som innebærer noen få dager (Helse Bergen, 2020). Imidlertid spesifiserer PACE tiltaksplan ikke omsorg til pårørende etter dødsfall mens LSD tar stilling til dette.

Sentrale likheter mellom de to palliative planene er flere, nemlig, forhåndssamtaler med pasient og pårørende; helsepersonells kompetanse angående kartlegging av symptomer, planlegge, iverksette og evaluere tiltak; bruk av sjekklister som omfatter integrert palliativ plan i livets siste dager; og refleksjon med medarbeidere etter dødsfall (Smets, et al., 2018; Helse Bergen, 2020).

3.4 Loverket og yrkesetikk

Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp (Helsepersonelloven, 2022, §4). Gjennom Helsedirektoratet, finnes det nasjonale faglige råd om lindrende behandling i livets slutfase (Helsedirektoratet, 2018) og

veileder om beslutningsprosesser ved begrensning av livsforlengende behandling (Helsedirektoratet, 2013). Heggstad (2023) påpeker at sykepleier må ha kunnskap om beslutningsprosesser ved begrensning av livsforlengende behandling for å kunne involvere seg mer i beslutningsprosess. Dessuten må helsepersonell vurdere pasientens behov og gi individuelt tilpasset oppfølging av hver pasient og deres pårørende, ifølge Helsedirektoratet (2018).

I Norge fins det verdighetsgaranti der det står at eldre skal bestemme over sitt eget liv og ha en verdig alderdom. Hensikten med forskriften er å sikre den enkelte tilrettelegging for et verdig og så langt som mulig, meningsfylt liv i samsvar med sine individuelle behov. Noe av det som står i tjenestens innhold er å tilrettelegge for lindrende behandling og en verdig død (Verdighetsgarantien, 2010, §§1-3).

Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere bygger på det internasjonale sykepleierrådet etiske forankring i forbindelse med menneskerettigheter. Grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet. Sykepleie skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene (NSF, 2019). Sykepleiere skal bidra til en naturlig og verdig død, og at pasienten ikke dør alene. De skal delta aktivt i beslutningsprosesser om livsforlengende behandling og bidrar til at pasientens stemme blir hørt. Dersom det oppstår interessekonflikt mellom pårørende og pasient, skal hensynet til pasienten prioriteres. Sykepleiere skal ivareta et faglig og etisk veiledningsansvar i kollegiet (NSF, 2019).

3.5 Pårørendes bidrag til ressursmangel

Sebastian von Hofacker, anestesilege og fagleder ved Verdighetsenteret i Bergen, omtaler at pårørendes betydning er undervurdert av helsevesenet. Han hevder at bedre samhandling vil skape mindre støy underveis mot pasientens siste stasjon. Han omtaler om et felles mål med fullførelsen av pasientens livsprosjekt (von Hofacker i Sebjørnsen, 2022). Imidlertid fører knapp bemanning til for høyt arbeidspress, høyt sykefravær og dårligere vilkår for faglig utvikling. Det gir ikke gode vilkår til å kunne gi god pasientbehandling og pasientsikkerhet (Larsen, 2021, s. 89).

I fremtid vil det være nødvendig å tenke nytt omkring hvordan sivilsamfunnet involverer seg i omsorg, ettersom vi har delegert bort mye av omsorgen for syke og døende til det offentlige, og det ser ikke ut til å bære seg i fremtiden, ifølge von Hofacker (Sebjørnsen, 2022).

3.6 Katie Erikssons karitative omsorgsteori

Den karitative omsorgsteori, kommer fra latin: *Caritas*. Begrepet betyr nestekjærlighet og barmhjertighet (Eriksson, 1987a). Erikssons omsorgsteori er ontologisk forankret. Gjennom sin forankring, har mennesket en iboende verdighet og samtidig et ansvar for å se og lindre andre menneskers lidelse (Eriksson, 2018).

Eriksson omtaler de to formene av verdighet, den iboende og den relative. Iboende verdighet er uforanderlig. Relativ verdighet er foranderlig og påvirkes av relasjonelle og sosiokulturelle faktorer. Menneskets relative verdighet kan fremmes gjennom kjærlighet, anerkjennelse og støtte som bekrefter opplevelse av menneskeverd. Det kan være i form av et blick, en berøring eller et lite ord. Men den kan krenkes og svekkes når omsorg er fraværende (Eriksson, 1995; 2018). Helsepersonells menneskesyn, verdigrunnlag og moralsk forankring er avgjørende i denne sammenheng (Nåden & Eriksson, 2004).

Invitasjonen til et omsorgsfullt og bekræftende fellesskap med andre omfatter omsorg hvor en kan gi og motta kjærlighet og oppleve mening og håp. Invitasjonen til et slikt fellesskap er et grunnleggende omsorgsetisk ansvar (Eriksson, 1995; Lindstrøm, et al., 2018). Å oppleve å være velkommen, og erfare at den andre skaper rom for folk til å lide, hvile og finne forsoning, er viktige aspekter som kan bidra til å lindre lidelse (Førland, et al. 2018). En opplevelse av ikke å være velkommen skaper lidelse.

Eriksson påpeker at forsoning og kjærlighet er egentlig det samme (Eriksson, 1995, s. 62). Tro, håp og kjærlighet kan forandre en selv om omstendigheter er det samme (Eriksson, 1995, s. 42). Hun hevder at mening i lidelsen muliggjøres når mennesker forsoner seg med sin situasjon. Forsoning handler om å akseptere livet slik det arter seg her og nå. Det betyr å forsoner seg med livets omstendigheter (Eriksson, 2010).

4.0 Metode

4.1 Litteraturstudie som metode

Studien er en litteraturstudie som bygger på eksisterende fagartikler og forskning.

Fagartikler er fra anerkjente sykepleietidsskrifter og fagbøker fra pensumlistene publisert i Høgskolen på Vestlandet. Forskningsartikler med randomisert kontrollert (RCT), kvalitativ metode og faglige retningslinjer er brukt i oppgaven. RCT analyserer effekt av intervensjoner utført i praksis med tanke på å forbedre dagens praksis (Helsebiblioteket, 2019). Studier med kvalitativ metode beskriver menneskers opplevelse og erfaring (Helsebiblioteket, 2022). Faglige retningslinjer er anbefalinger for praksis som skal gi beslutningsstøtte basert på beste tilgjengelige kunnskap (Helsebiblioteket, 2020). Både RCT, kvalitative studier og faglige retningslinjer fra *European Association for Palliative Care* er inkludert i oppgaven fordi de er relevant og har en sammenheng med problemstillingen.

I tillegg valgte jeg Katie Erikssons omsorgsteori som studiens tolkningsramme fordi den har en ontologisk forankring i tråd med mine egne prinsipper og livstro. Jeg vil se en virkelighet gjennom Erikssons teori i sammenheng med oppgavens problemstilling, for å kunne utvikle meg både personlig og faglig.

4.2 Metodisk fremgangsmåte

Jeg begynte med et innledende søk på sykepleiefaglige tidsskrifter fordi jeg hadde et avklart tema på forhånd. Men jeg måtte gjennom en fase der jeg vurderte ulike alternativer opp mot hverandre når det gjelder valg av undertema. Samtaler med veileder hjalp meg å finne retning til oppgaven.

Ifølge Polit & Beck (2017), omhandler forskning systematikk, metodikk, åpenhet, pålitelighet og etterprøvbarehet. Med dette som utgangspunkt, begynte jeg med systematisk søk i høgskolens database. Jeg laget inklusjons- og eksklusjonskriteria (se vedlegg 1), og brukte MeSH på norsk og engelsk underveis. Ved systematisk søk tok jeg hensyn til den nyeste forskningsbaserte kunnskap som gjør kunnskapen mer gyldig.

Jeg vurderte å utføre systematisk søk basert på kunnskapspyramiden. Kunnskapspyramiden illustrerer at jo lenger opp i pyramiden du kommer, desto mer kvalitetsvurdert er forskningen (Thidemann, 2019, s. 85). Da begynte jeg søket på Cochrane Library. Men grundig gjennomgang av forskningsartiklene er tidkrevende. Jeg valgte derfor å avgrense det til forskning fra Cochrane library. Slike valg innebærer ofte overveielser mellom det man anser som ideell fremgangsmåte, og det som er praktisk gjennomførbart (Dalland, 2020, s. 56).

Videre søkte jeg manuelt ved forskerens navn som er kjent i Norge (se vedlegg 3). Ved mange kvalitativt orienterte metoder henvender man seg ofte til enkeltpersoner som man på forhånd mener har noe spesielt å bidra med i undersøkelsen. Det kalles et strategisk utvalg (Dalland, 2020, s. 59). Til sammen, inkluderte jeg 10 forskningsartikler fra 2016 til 2021.

4.2 Analyse og syntese

Analyse av forskningsartiklene er utarbeidet i en tabelloverskrift på en litteratormatrise (Se vedlegg 4), det samme gjelder sammenligning av to palliative planene (se vedlegg 5). Jeg inkluderte fem forskninger fra referanselisten i en Cochrane studie, grunnet relevans og aktualitet til oppgaven. Dessuten inkluderte jeg en studie selv om pasientgruppen i studien er pasienter med kreft, fordi fokuset i studien ikke er pasientens diagnose, men den forsoningsprosess som pasienten gjennomgår i palliativfase.

Syntesen, altså sammenstillingen av resultatene, endte med følgende tema; «kunnskap om palliativ omsorg», «sykepleierens rolle og makt i sykehjem», «verdighetsbevarende omsorg» og «samfunnsengasjement».

4.3 Kildekritikk og etiske overveielser

Hensikten med kildekritikk er å fremme hvilken relevans, gyldighet og holdbarhet litteraturen har når det gjelder å belyse problemstillingen (Dalland, 2020, s. 152). I lys av dette, brukte jeg sjekklister fra kunnskapsbasert praksis for å vurdere og å karakterisere

forskningsartikler jeg fant (Helsebiblioteket, 2021). De er fagfelleurdert, godkjent av etiske komitéer og utgitt av anerkjente tidsskrifter. Forskere har oppgitt ingen konflikt av interesse. Fagartiklene er fra anerkjente sykepleietidsskrifter og fagbøker fra pensumliste publisert ved Høgskolen på Vestlandet. Jeg brukte også boken, «Alt som lever, må dø» etter å lese anmeldelse fra tidsskriftet den legeförening (Fosse, 2020). I skrivingen av oppgaven, brukte jeg rettleiar for bacheloroppgåva ved fakultet for helse- og sosialvitskap (HVL, 2023).

5.0 Funn

5.1 Kunnskap om palliativ omsorg

Flere studier avdekket at sykepleiere i sykehjem mangler kunnskap om palliativ omsorg. I Japan har dødsfall på langtidsopphold institusjoner økt fra 19.1% til 25.3% (Ministry of Health, Labour, & Welfare, 2019), og problematiserer sykepleiers kunnskapsmangel om palliativ omsorg (Okumura-Hiroshige, et al., 2020). Kunnskapsmangel henger sammen med hvorfor kvaliteten av palliativ omsorg blant eldre i sykehjem kan være skiftende og ustabil (Froggatt, et al., 2020; Kochovska, et al., 2020; Moore, et al., 2020). I likhetstrekk, hevder Aasmul, et al. (2018) mangel på kunnskap og tid hos helsepersonell som noen av de hindrende faktorene for effektiv implementering av forhåndssamtaler til eldre i sykehjem.

Ytterligere analyserte Kochovska, et al. (2020) viktige palliative intervensjoner fokusert på tverrfaglig beslutningsprosess i sykehjem. De fant ut at utdanning om palliasjon er mest sett i praksis, i tillegg til symptomlindring og seponering av livsforlengende behandling, mens kontinuitet av omsorg og fortelling av prognose er minst sett. I studien av Moore, et al. (2020), påpekte forskere behov for å være fleksibelt når det gjelder gjennomføring av seminaret om palliasjon og å inkludere både faglærte og ufaglærte til slike fagutviklinger.

En Cochrane oversikt utarbeidet av Miranda, et al. (2021) tilsier at det ikke er sammenheng mellom effekt av intervensjoner basert på PACE palliativplan og eldre som har langt kommende demens, mild demens og uten demens. Det er lite forskjell mellom kontroll- og intervensjonsgruppe, som ikke kan påvirke utfallene av studien.

5.2 Sykepleierens rolle og makt i sykehjem

I en ideell verden er det pasientens tilstand som betinger sykepleierens handlinger. I den reelle verden er det helsepolitikk, organisatorisk forhold og økonomi, i tillegg til pasientens tilstand, som betinger sykepleierens handlinger (Knutstad, 2019, s. 21). I en sammenheng, er det understreket i *European Association for Palliative Care* (EAPC) anbefalinger betydningen av god samhandling og samarbeid fra nasjonalt nivå til hvert enkelte organisasjon for å gjennomføre palliativ omsorg for eldre i langtidsopphold enheter i sykehjem. En av de

systematiske utviklede råd fra EAPC er at det må være tilstrekkelig budsjett for å gjennomføre effektivt palliasjon for eldre i sykehjem (Froggatt, et al., 2020).

Ytterligere hevder Jensen-Tveit (2022) at sykepleiere ofte utstråler som travle, og ikke har tid. Han omtaler at sykepleiere har en makt slik at de kan dele ut lindrende og beroligende medisiner, de har kunnskaper som pasienten ofte ikke har og sensitive opplysninger om pasientens privatliv. I situasjoner der man har definert autoritet i kraft av sin stilling og profesjon, utfordres sykepleiere til ikke å misbruke sin posisjon. Rollene kan hindre folk fra å inngå i likeverdige relasjoner (Johansen, 2020).

I tillegg konkretiserer Aasmul, et al. (2018) problematikk i forhold til ulike meninger blant helsepersonell om at pasienten i sykehjem ikke er i stand til å delta på forhåndssamtaler. Dette er fordi pasientens evne til å ta valg eller formidle egne synspunkter svekkes i livets siste fase (Wyller, 2020, s. 259). Derfor, bør helsepersonell være mer oppmerksomt på å ha forhåndssamtaler med pasienten før vedkommende er blitt så dårlig at hun/han ikke klarer å uttrykke sine egne valg (Heggstad, 2023).

Sykepleiere må anerkjenne behov for å gi god palliativ omsorg til pasienter på langtidsopphold enheter i sykehjem (Moore, et al., 2020). Sykepleiere har ansvar for å sette i gang samtaler med pasientene, selv om det kan være krevende. De må våge å være til stede i både smerten og gråten og tåle avvisning. Sykepleiere kan ikke alltid gi svar eller trøste, men de kan sette i gang en bearbeidelsesprosess som kan lede til at forsoning skjer (Lorentsen, et al., 2016).

Videre fremhever Froggatt, et al., (2020) viktigheten av å ha kontinuitet på omsorg til eldre i den palliative fasen i sykehjem. Ved reflekterende samtale kan en bygge tillit med medarbeidere. For å skape kultur for fagutvikling og engasjement blant helsepersonell, er det nødvendig med støtte fra ledere (Froggatt, et al., 2020; Moore, et al., 2020; Okumura-Hiroshige, et al., 2020; Aasmul, et al., 2018).

5.3 Verdighetsbevarende omsorg

Tranvåg (2015) hevder at anerkjennelse av personens livshistorie og livsprosjekter står

sentralt i en verdighetsbevarende omsorg. Verdighetsbevarende omsorg er omsorg som bevarer personers verdighet. I likhetstrekk påpeker Heggstad (2014) at pasienter i sykehjem prøvde å ivareta verdigheten sin gjennom å fortelle sin livshistorie, for på den måten å bli bekreftet som noe mer enn en pasient med en uhelbredelig sykdom.

Lorentsen, et al. (2016) skriver om forskjellige måter sykepleiere kan anerkjenne pasienten. En måte er å være til stede med hele seg og ikke overse eller avvise pasienten. Sykepleiere må fange opp signaler og vise at de har tid når de merker at pasienten har behov for samtale. Korte blikk med pasientens øyne kan også utgjøre en forskjell for pasienten. Det er ikke alltid nødvendig med ord (Lorentsen, et al., 2016). I en annen perspektiv, trenger pasienten også ro og hvile. Munterhet og høy stemme kan være slitsomt for syke mennesker (Jensen-Tveit, 2022).

Van den Block, et al. (2020) som evaluerte PACE prosjekt i 7 europeiske land fant ut at pasienter i intervensjonsgruppe som mottok god berøring og stell var også observert til å kunne opprettholde sitt humør, å kunne være i fred og forberedt til å dø. Studien har sin pragmatiske tilnærming, med fokus på implementering i klinisk praksis i ulike land med ulike helsevesen system, og ulike *end-of-life care* kulturer. Disse faktorene styrker allmenngyldighet av funnene.

I 2020 kom stortingsmelding 24, om lindrende behandling og omsorg. Denne tar utgangspunkt hovedsakelig iblant annet: lite åpenhet om døden i samfunnet, lindrende behandling og omsorg integreres for lite og for sent i sykdomsforløpet, ikke tilstrekkelig grad av medvirkning og valgfrihet, og manglende kompetanse og kunnskap hos helsepersonell (Meld. St. (2019-2020)).

5.4 Samfunnsengasjement

Moore, et al. (2020) fremhever behov for mer involvering av familiemedlemmer i diskusjon om pasienters livets siste fase. Involvering av pårørende vil øke oppmerksomhet om hensikten til palliativ og end-of-life omsorg i langtidsopphold enheter. I en sammenheng, hevder Rønsen & Jakobsen (2016, s. 193) at pasienters liv veves inn i omgivelser, slik at det

er viktig å se holdninger til omsorg for eldre i sammenheng med samfunnet man lever i.

Herlofson, et al. (2019) avdekket at variasjonen i holdninger til familieforpliktelser er knyttet til landtilhørighet. Land som Norge og Frankrike har offentlige og privat betalte alternativer til eldreomsorg. Voksne barn fra disse land vil sørge for at foreldre får hjelp, uten at de yter den selv. I Østlige Europa, unntatt Tsjekkia, er det relativt enighet om at voksne barn bør ha foreldre boende hos seg når foreldre ikke lenger kan klare seg selv.

6.0 Drøfting

I det følgende vil jeg belyse forskjellige perspektiver for å svare på problemstillingen i samsvar med oppgavens funn, teori, mine erfaringer og Katie Erikssons karitative omsorgsteori. Drøfting er delt opp i fire: den vanskelige samtalen, den modige og kompetente sykepleieren, verdighetsbevarende omsorg til eldre i sykehjem, og betydningen av pårørende.

6.1 Den vanskelige samtalen

Av egen erfaring opplever jeg at det er vanskelig å snakke om døden. En kan iføre seg en maske, men den kan ikke skjule ens innerste redsel (Jung, 1981). Men døden kan miste noe av sin brodd ved at man snakker om temaet (Gripsrud & Thoresen, 2019, s. 11).

En faktor som er viktig å tenke på er at folk kommer til å møte døden på ulike måter fordi at hvert menneske er unikt. Folk har ulike behov og preferanser. For noen kan en verdig død bety å dø i en kjent omgivelse i et rolig og behagelig miljø, med familien til stede. For andre kan det være noe annet. Derfor er det viktig å ha individuelt tilrettelagt tjenester for å dekke behovet til vedkommende (Helsedirektoratet, 2018).

For å tilrettelegge til individuelle behov, krever det gode kommunikasjonsferdigheter (Myrset, 2020). En mangel på kommunikasjonsevne kan medføre at pasienten føler seg utrygt og krenket. Men med god kommunikasjonsevne kan man bygge en relasjon med pasienten. Relasjonen er viktig for å kunne hjelpe pasienten med en helhetlig tilnærming (Skogstrand, 2021). En slik tilnærming kan bidra til at pasienten føler seg sett og hørt med sine behov (Fugelli, 2010; Eriksson, 2015).

Den vanskelige samtalen kan foregå plutselig; under stell i sykehjem eller under måltidet, men skjer ofte i en avtalt anledning. Pasienter som tørr å snakke om sine tanker rundt døden hjelper dem i en forsoningsprosess. Forsoning kan muliggjøre meningen i ens lidelse (Eriksson, 2010). Samtalen kan dreie seg om sårbarhet, identitet og eksistensielle spørsmål (Lorentsen, et al., 2016). Jeg synes at det er tøft å høre noen som snakker om sine

eksistensielle utfordringer, til tross for blant annet tilgjengelig verktøy som vil veilede hvordan man skal snakke om døden (KS, 2021). Men samtalen og møte med pasienten er samtidig oppfyllende. Det kan gi glede å kunne få tillit for å høre på pasientens fortellinger. I en sammenheng, mener Cicely Saunders at menneskets livserfaring ofte er motivasjonen i fagfeltet (Morland, 2016). Livserfaring kan evne sykepleiere å leve seg inn i noen andres situasjon. Innlevelse kreves for å forstå pasienten i en sårbar situasjon.

Videre har sykepleiere ansvar for å invitere pasienten på forhåndssamtaler. Invitasjonen gir rom for eldre til å oppleve mening og håp (Eriksson, 1995). Imidlertid påpeker Aasmul, et al. (2018) at helsepersonell har ulike meninger om at sykehjemspasienter ikke er i stand til å delta på forhåndssamtaler. I praksis opplever jeg at pårørende ikke ønsker å inkludere sine foreldre eller ektefelle i slike samtaler fordi de vil beskytte pasienten. Opplevelsen av ikke å være velkommen, skaper lidelse. Å ønske noe velkommen er å vise vedkommende respekt, å vise at vedkommende eksisterer (Eriksson, 1995, s. 39).

I stortingsmelding 24 (2019-2020) foreslår regjeringen at ingen beslutninger blir tatt uten pasienten selv, men det ikke er slik i praksis på grunn av pasientens forverret tilstand (Wyller, 2020). Da er det rimelig å anta at det er seint å begynne forhåndssamtaler i sykehjem. Samtalen kan fortsettes i sykehjem, men dette må begynne tidlig i pasientens sykdomsforløp.

Forhåndssamtaler kan gi økt tilfredshet hos pasienten og redusere engstelse hos pårørende (Husebø, et al., 2014). Imidlertid kan samtalen gå i en annen retning hvor konflikt kan oppstå. Dersom interessekonflikt skjer mellom pårørende og pasient, skal hensynet til pasienten prioriteres. Sykepleieren må sørge for at pasientens stemme blir hørt (NSF, 2019). Ingvard Wilhelmsen utdyper dette ved å si: «La pasienten være sjefen i sin egen død, like mye som han er sjefen i sitt eget liv. Ta pasienten med på avgjørelsen».

6.2 Den modige og kompetente sykepleieren

For å bli stand til å stå i en forståelsesfull og åpen relasjon til eldre i sykehjem, trenger sykepleiere mot. De må våge å være til stede og tåle avvisning (Lorentsen, et al., 2016).

Sykepleiere kan oppleve negativt stemt, samt positiv og nøytralt stemt. Hvordan de reagerer på sansingen de opplever er en bevissthet på ens tolkning og holdning.

Sykepleiere med et reflektert forhold til døden og en personlig trygghet evner dem til et modig nærvær med pasienter som nærmer seg døden (Trier, 2016), en motsetning til sykepleiere med dødsangst og behov for å skyve temaet til side (Aamold, 2013). Å skape et nettverk med velvillige folk som kan støtte sykepleieren i sin personlige og faglige vekst kan være behjelpelig. Det er en mulighet til å overvinne ens dødsangst. Tro, håp og kjærlighet kan forandre ens holdning selv om de konkrete omstendighetene ikke er blitt forandret (Eriksson, 1995, s 42). Når personer ikke kan forandre omstendighetene, må de forandre holdning til omstendighetene. Evnen til dette henger sammen med ens modning (Eriksson, 1995, s. 56).

Men Erikssons ontologiske forankring i sin omsorgsteori kan være vanskelig å forholde seg til de som ikke er kristne. Det er vanskelig å forstå noe som man ikke har tro på og det er vanskelig å tro på noe som man ikke forstår. Men *Karitas* som betyr Guds kjærlighet (Eriksson, 2018), gjelder for alle uansett om man tror på det eller ikke. En segregering basert på ens tro bør derfor unngås. Kjærlighet er et fenomen som er grunnmenneskelig og kan ikke måles. Det er forenende fordi det er konstruert for alle.

Videre avdekket Miranda, et al. (2021) at det ikke er noen sammenheng mellom pasientens demensdiagnose og effekt av PACE palliativplan til eldre ved livets slutfase i langtidsopphold enheter i sykehjem. Da kan man anta at effekt av palliative intervensjoner henger sammen med andre faktorer, men ikke med pasientens demensdiagnose. Studiens funn har stor betydning for praksis som påvirker utforming av palliativt tiltak rettet mot eldre i sykehjem.

Med tilslutning til Lorentsen, et al. (2016) kan det hevdes at uttrykket «fanget i en fremmed kropp» er aktuelt for eldre i sykehjem. Pasientgruppen gir uttrykk for at de er fanget i en fremmed kropp. De viser nedstemthet i sammenheng med funksjonstap og endring av rolle. På grunn av at det norske samfunnet er preget av selvstendighet, opplever sykehjemspasienter uverdighet når de kommer inn i et sykehjem, en mulig konsekvens på endring av roller og funksjonstap (Johansen, 2020). I PACE palliativ plan, er depresjon blant eldre i sykehjem et fokusområde (Smets, et al., 2018).

Depresjon, nedstemthet og uttrykk av å være fanget i en fremmed kropp er eksistensielle utfordringer. Gjennom møte med pasienten, kan sykepleiere fange opp pasientens eksistensielle utfordringer (Lorentsen, et al., 2016). I denne sammenheng, er det viktig for sykepleiere å være imøtekommende og gi rom for eldre til å uttrykke seg selv (Førland, et al., 2018).

Sykepleiere i sykehjem behøver å ha riktig og tilstrekkelig kompetanse når det gjelder palliativ omsorg for eldre. Dette er på grunn av at de driver mye med palliasjon i sykehjem. Palliativ omsorg, konstruert i en palliativ plan, skal sikre pasientgruppen et optimalt liv med verdighet til de dør (Husebø, et al., 2015, s 26). En forutsetning i gjennomføring av palliativ plan er at sykepleiere anerkjenner behov for å gi palliasjon til eldre i sykehjem (Moore, et al., 2020). Uvitenhet hos sykepleiere om Eldres palliasjonsbehov kan medføre krenkelse. Manglende kompetanse å anerkjenne palliasjonsbehov er belyst i stortingsmelding 24 (2019-2020). Som følge av dette, er det etablert lindrende enheter i norske sykehjem som har spesialkompetanse i fagfeltet (Helsedirektoratet, 2022).

I en sammenheng, bør langtidsopphold enheter for eldre endres til lindrende enheter siden disse stedene er opptatt av palliasjon. Endring av navn kan tydeliggjøre hensikten i omsorgen for eldre i palliativ fase. En tydeliggjøring kan gi helsepersonell signal på hva er viktig nå å gjøre for pasientens beste. Det kan hjelpe pårørende til å forstå pasientens situasjon. Fremfor alt, kan det gi pasienter mulighet til å leve med forsoning med seg selv og andre.

Palliasjon basert på PACE prosjekt begynner når det tverrfaglige teamet vurderer at pasienten har en sannsynlig 6 måneder forventet levetid igjen. En fordel til PACE tiltaksplan med tidlig starttid er at helsepersonell er bevisst på pasientens forverring og kan følge opp dette nøye (Smets, et al., 2018). Samtidig gir det eldre i sykehjem tid og rom til forsoning med seg selv og sine nærmeste (Eriksson, 1995; Førland, et al., 2018), nettopp fordi at døden er en uunngåelig del av livet (Fosse, 2020). En ulempe av en tidlig starttid kan være at eldre sederes og døden fremskyndes, men dette ikke er observert i studien av Van den Block, et al. (2020) som evaluerte PACE tiltaksplan i 7 europeiske land.

I norsk sykehjem utføres det ikke identifisering av pasienter som har mulig < 6 måneder forventet levetid. Det kan hende at det ikke er tilstrekkelig kompetanse for å gjøre en slik

vurdering. Imidlertid hevder det i stortingsmelding 24 (2019-2020) at palliasjon integreres for lite og for sent i sykdomsforløpet. For å ta stilling til denne utfordringen, kan man spørre seg om det er lurt å adaptere trinnene til PACE prosjekt i Norge og hvordan dette skal passe inn i en norsk setting. Her er det interessant å se at PACE prosjekt er tilpasset bruk for sykehjem og til eldre i palliativ fase.

Kaasa, et al. (2016) hevder at palliative tiltak settes inn gradvis selv om man fortsatt gir livsforlengende behandling. Men den medisinske utviklingen gir stadig muligheter for livsforlengende behandling. Eldre kan fort ende med overbehandling og unødig lidelse. Å volde en annen lidelse innebærer alltid å krenke den annens verdighet (Eriksson, 1995, s. 35). Antibiotikabehandling preget av hyppige gjentakelser til eldre i sykehjem kan for eksempel bli et middel til å forlenge pasientens lidelse. Altså er det gode grunner til å hevde at ens ønske å forlenge livet kan stå i veien for en verdig død.

I denne sammenheng, hevder Heggstad (2023) at sykepleiere bør kjenne til veileder for beslutninger om å begrense livsforlengende behandling fra Helsedirektoratet, fordi at sykepleiere er involvert i beslutningsprosess (Helse Bergen, 2020; NSF 2019). De har en viktig rolle ved å formidle pasientens helseopplysninger for at legen kan ta en god beslutning (Heggstad, 2023). Uten disse opplysningene, kan man risikere at sykehjemspasienter ikke får den hjelpen de trenger.

Når det gjelder omsorg til etterlatte, må sykepleiere tilrettelegge for at pårørendes behov for samtale og oppfølging er møtt i forbindelse med dødsfall (Helse Bergen, 2020). Det er i tråd med hospice-filosofien som omfatter omsorg til de pårørende og etterlatte (Trier, 2019, s. 851). Omsorgen gir de etterlatte mulighet til å forsone seg med livets omstendigheter (Eriksson, 2010).

I bakteppe av kompetanse, ligger det makt hos sykepleiere. Makt som brukes feil kan medføre pasientens lidelse. Makt som brukes riktig kan fremme pasientens verdighet. Dessuten er sykepleiere forventet til å jobbe kunnskapsbasert. Lov og yrkesetikk gir et ramme som sykepleiere må forholde seg til slik at makten ikke blir brukt feil. Hvordan sykepleiere forholder seg til den rammen avgjør kvaliteten av omsorg og behandling til pasienten.

6.3 Verdighetsbevarende omsorg til eldre i sykehjem

Dagens helsevesen er preget av høy hastigheten. Det er flere oppgaver som må gjøres, og ofte lite fagfolk til rådighet (NRK debatt, 2023). Det er ikke rart at pasienter opplever at de blir oppfattet som et objekt (Bøe, 2008), og at pårørende opplever oppgavesentrert tilnærming og ressursknapphet i sykehjem (Heggstad, et al., 2015). Disse resultatene bryter med forskrift for en verdig eldreomsorg, den såkalte verdighetsgarantien. Ut fra dette kan det være interessant å se, med lite fagfolk til rådighet, hvorvidt sykepleiere besvarer eldre sitt behov for omsorg.

Ved omsorg som bevarer pasientens verdighet, kan sykepleiere bidra til at eldre lever i forsoning med situasjon de befinner seg i. Eriksson (1995, s. 62) beskriver at forsoning og kjærlighet egentlig er det samme. Ved formidling av kjærlighet som er fundamentet i omsorgen, kan sykepleier bekrefte menneskets verdighet. Bekreftelse kan være i form av et blikk, en berøring eller et lite ord (Eriksson, 1995, s. 38-46). En bør derfor ikke ta for gitt de små ting, for små ting kan bety mye for noen.

Kjærlighetsløsheten kan hindre en i å kjenne medlidenhet og det å gå inn i et dypt felleskap med et annet menneske (Eriksson, 1995, s. 38). I en sammenheng, pleier eldre å ha med seg ark om sin livshistorie og livsprosjekt ved inntak i sykehjem. Arket om pasientens livshistorie som blir liggende i vaktrommet uten å bli lest er en måte som kan hindre helsepersonell å gå i et felleskap med pasienten. Men ved å lese det, kan sykepleier kjenne pasienten bedre, bygge relasjon, og muliggjøre individuelle tilrettelagt tjenester. Med individuelle tilrettelagt tjenester basert fra livshistorie og livsprosjekt kan pasienten ha en opplevelse av mening i hverdagen (Tranvåg, 2015).

Videre påpeker Aasmul, et al. (2018) mangel på tid som en av de hindrende faktorene til studien, både for sykepleiers fagutvikling i sykehjem og leger som ikke møtte seminaret i forbindelse med studien. En mulig forklaring til lite engasjement fra sykepleier og lege er ikke kun dårlig prioriteringsevne, men altså det store gapet mellom oppgave og fagfolk (Helgesen i NRK debatt, 2023). Man kan stå med mange ulike oppgaver på én gang, og det å velge én overfor en annen betyr ikke alltid at man nedprioriterer de andre. Noen ganger betyr det at man ikke kan gjøre flere ting på én gang.

I denne sammenheng, understreker Moore, et al., (2020) et behov for fleksibilitet i gjennomføring av undervisning/trening. Det vil si at forskere eller fagansvarlige kunne tilby seminaret i flere dager slik at deltakerne kan ha flere muligheter å møte opp. En annen ting er når deltakerne ikke har ekte engasjement. Det vil si at de ikke bryr seg som kan også være årsaken til lite engasjement i studien.

En annen strategi for å forbedre kritikkverdige forhold i sykehjem er å inkludere de ufaglærte til undervisning om palliativ omsorg (Moore, et al., 2020) fordi at de kan også være involvert iblant annet stell og berøring av eldre i sykehjem. I en sammenheng, har sykepleiere et faglig og etisk ansvar til å veilede sine kollegaer (NSF, 2019). Froggatt, et al. (2020) hevder viktigheten av å bygge tillit mellom medarbeidere ved reflekterende samtale. Det er viktig å være åpen og gi rom for å lure. Det må være en kultur for fagutvikling og kontinuerlig oppdatering av kunnskap i hvert sykehjem. Men etablering av en slik kultur i sykehjem avhenger støtte fra ledere (Froggatt, et al., 2020; Moore, et al., 2020; Okumura-Hiroshige, et al., 2020; Aasmul, et al, 2018).

Kontinuitet av omsorg til eldre i palliativ fase i sykehjem er et palliativt tiltak som er minst sett i praksis, hevder Kochovska, et al. (2020), en motsetning til EAPC anbefalinger hvor kontinuitet av omsorg er presisert (Froggatt, et al., 2020). Yrkesetikk tilsier at sykepleier må sørge for at pasienten ikke dør alene, og bidra til en naturlig og verdig død (NSF, 2019). Lorentsen, et al. (2016) understreker betydningen av sykepleiers tilstedeværelse og å møte blick til den syke. Van den Block, et al. (2020) nevnte betydning av blant annet berøring og stell, mens Jensen-Tveit (2022) legger vekt på miljø med lite støy rundt pasienten. Disse tiltakene er essensielle til å gjennomføres i kontinuitet helt til livets slutt for pasienten (Froggatt, et al., 2020).

Når det gjelder berøring og stell, er det sett i praksis at de henger sammen med pasientens gode humør, å være i fred og forberedt til å dø (Van den Block, et al., 2020). Det tyder på at gjennom god berøring og stell kan sykepleiere bidra til pasientens velvære. Slik kan de oppleve anerkjennelse og støtte som bekrefter opplevelse av menneskeverd (Eriksson, 1995, s. 38). Men med dårlig opplevelse ved stell og berøring, kan pasienten være krenket.

6.4 Betydningen av pårørende

En viktig ressurs som er undervurdert av helsevesenet er de pårørende, fremhever Sebastian von Hofacker (Sebjørnsen, 2022). Jeg er enig i hans påstand at norsk befolkning har delegert bort mye av omsorgen for syke og døende til det offentlige. Noen kan argumentere for at folk må få lov til å leve sitt eget liv. Men jeg synes at premissen er futilt. For hva er vits i å leve når man lever bare for sitt eget liv.

I sjakkspill, må en aktivere alle brikkene for å kunne lage en sjakk matt. Det samme gjelder med ressurser til eldre i sykehjem. Samfunnet trenger å ta et felles ansvar og vise solidaritet for eldre i sykehjem. Ifølge Eriksson (2018), er hvert menneske forpliktet til å se og lindre andre menneskers lidelse. Det betyr at pårørende har en moralsk plikt til å hjelpe sine syke og skrøpelige foreldre. Det er livets gode sirkel hvor foreldre passer på de små, og når de små vokser skal de passe på de gamle. Spørsmålet er hvorvidt vi virkelig vil det gode for hverandre.

Heggestad (2015) omtaler at pårørende opplever knapphet på ressurser som en trussel mot pasientens verdighet. Men de er pasientens ressurs som stiller opp lite. Pårørende kommer til sykehjemmet bare når de har tid og ofte når pasienten er allerede i sitt dødsleie. Dette er i sammenheng med familieforpliktelser knyttet til landtilhørighet hvor voksne barn i Norge ikke har plikt til å ivareta sine gamle foreldre (Herlofson, et al., 2019). Men dette kommer ikke å bære i fremtiden (von Hofacker, i Sebjørnsen, 2022). Det er stor belastning i helsevesen på grunn av knapp bemanning (Larsen, 2021).

En mulig løsning til dette er involvering av pårørende i omsorgen til eldre i sykehjem. Etter min mening bør pårørende stille mer opp. Hensikten til palliativ og *end-of-life* omsorg i langtidsenheter vil få mer oppmerksomhet ved involvering av pårørende (Moore, et al., 2020). Bedre samhandling med pårørende kan skape mindre støy mot pasientens siste stasjon (von Hofacker, sitert i Sebjørnsen, 2022). Men spørsmål er, hvor åpent sykehjemmet er for å samarbeide og inkludere pårørende i denne sammenheng.

Pårørende kan blant annet hjelpe sykepleiere oppdage eventuell eksistensiell smerte og våge å gå inn i åpne samtaler rundt det som opptok pasienten. En slik handling kjennetegnes som en verdig omsorg (Boe, 2008). Pårørende kjenner godt sykehjemspasienter og de kan

forteller mer enn et ark om pasientens livshistorie kan fortelle. De kan utrolig nok gjøre noe for å forbedre forhold for eldre i sykehjem, forutsatt at de er villige og har gode relasjoner med eldre i sykehjem.

7.0 Avslutning

7.1 Oppsummering

Analysen av inkluderte forskningsartikler har gitt et innblikk av verdighet i eldreomsorg i sykehjem i sammenheng med palliativ omsorg. Hvordan sykepleiere kan ivareta eldre sin verdighet i sykehjem er diskutert i oppgaven. Verdighetsbevarende omsorg for eldre i sykehjem blir tematisert i lys av Katie Erikssons karitative omsorgsteori og i sammenheng med palliativ omsorg for eldre.

For sykepleiere, står pasienten i sentrum av sykepleiehandlingene. Det betyr at handlingene må tas med hensyn til sykehjemspasienters individuelle behov (Helsedirektoratet, 2018). Samtidig kan en innarbeidet rutine for å bevisstgjøre pasientens forverring med mulig 6 måned forventet levetid ha stor betydning i praksis (Smets, et al., 2018). Manglende bevissthet om pasientens palliasjonsbehov kan medføre overbehandling og unødig lidelse for pasientgruppen. Pårørendes betydning i omsorgen til eldre i sykehjem er også belyst i oppgaven. Oppgavefordeling og åpenhet rundt pårørendes involvering i omsorgen for eldre i sykehjem trenger imidlertid mer forskning. I tillegg er det viktig at temaet «Verdighetsbevarende omsorg til eldre i palliativfase i sykehjem» blir satt mer på dagsorden i sykepleie for å kunne gi en mer helhetlig omsorg, som er i tråd med verdier i den hospice-filosofien (Trier, 2019, s. 851).

7.2 Konklusjon med perspektivering

For å konkludere, vil jeg trekke fram at sykepleiere har en viktig rolle for ivaretagelse av eldre i sykehjem. For å bevare pasientens verdighet i sykehjem, må sykepleiere ta utgangspunkt i hva pasienten ønsker og trenger. Med utgangspunkt i studien av Valen, et al.

(2022), er det avgjørende for å sette et søkelys på palliasjon i sykepleiestudiet slik at nyutdannede sykepleiere kan stå trygt i møte med pasienten i palliativ fase.

Ved bruk av Katie Erikssons karitative omsorgsteori i en kunnskapsbasert praksis, kan sykepleiere bruke seg selv terapeutisk. En kjærlighetshandling kan forbedre uverdige forhold i sykehjem som Brennpunkt har vist ved skjult kamera. Ens holdning og menneskesyn er viktig. Hvor mye kjærlighet sykepleiere legger opp i hverdagsoppgaven avgjør kvaliteten av behandling og omsorg for eldre i sykehjem.

I tillegg støtter jeg premisset om at vi må ta et felles ansvar i eldreomsorg i det norske samfunnet for å styrke den sosiodemokratiske modellen. Vi trenger hverandre. Vi må vise solidaritet, for vi er tross alt sterkere sammen.

Ytterligere er det en del avgrensninger i denne oppgaven som kan tyde på behov for videre forskning. Men samtidig betyr det ikke så mye hvor mye kunnskap man har, hvis den ikke er brukt i praksis. Kunnskap må brukes riktig i praksis for å nå «et felles mål: fullførelsen av pasientens livsprosjekt» (von Hofacker, i Sebjørnsen, 2022).

8.0 Referanser

Aamold, K. (2013). *Den alvorlige kreftsyke pasient*. Masteroppgave ved UiO, Det medisinske fakultet, Institutt for helse og samfunn, Seksjon for sykepleievitenskap. Oslo.

Aasmul, I., Husebo, B. S. & Flo, E. (2018). Description of an advance care planning intervention in nursing homes: outcomes of the process evaluation. *BMC Geriatrics* 18:26 DOI 10.1186/s12877-018-0713-7

Bøe, K. G. (2008). *Verdige møter mellom helsepersonale og pasienter i livets slutfase: en profesjonsetisk tolkning av en kvalitativ empirisk studie*. (Dr.art.-avhandling). Det teologiske fakultet, Universitetet i Oslo.

Dalland, O. (2020). *Metode og oppgaveskriving* (7 utg.). Gyldendal Norsk Forlag AS.

Eriksson, K. (1987a). *Pausen: en beskriving av vårddvetenskapens kunnskapsobjekt*. Almqvist & Wiksell, Stockholm.

Eriksson, K. (1995). *Det lidende menneske*. Tano Forlag.

Eriksson, K. (2010). *Det lidende mennesket*. (2 utg.). København: Munksgaard.

Eriksson, K. (2018). *Vårddvetenskap. Vetenskapen om vårdandet – om det tidlösa i tiden. Samlingsverk av Katie Eriksson*. Liber, Stockholm.

FN. (1948, 12. okt.). *FNs verdenserklæring om menneskerettigheter*. FN.

<https://www.fn.no/om-fn/avtaler/menneskerettigheter/fns-verdenserklæring-om-menneskerettigheter>

Folkehelseinstituttet. (2021). *Dødsårsaksregisteret – statistikkbank. D3b: Dødsfall etter dødssted og dødsårsak – 2021, Antall dødsfall*. FHI. Hentet 20.01.2023
<https://statistikkbank.fhi.no/dar/>

Fonn, M. (2019, 20. feb.). Overmedisinering – Sykepleierne har en voldsom makt. *Sykepleien*.
<https://sykepleien.no/2019/02/overmedisinering-sykepleierne-har-en-voldsom-makt>

Fosse, A. (2020). Sammensatt om døden. *Tidsskriftet Den Norske Legeforening*.

<https://tidsskriftet.no/2020/03/anmeldelser/sammensatt-om-doden>

Froggatt, K., et al. (2020). Palliative care implementation in long-term care facilities: European Association for Palliative Care White Paper. *JAMDA*. 21. 1051 – 1057. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2020.01.009>

Fugelli, P. (2010). *Døden, skal vi danse?* Oslo: Universitetsforlaget.

Førland, O., Alsvåg, H. & Tranvåg, O. (2018, 21. nov.). Perspektiver på omsorgsforskning. *Idunn*. <https://doi-org.galanga.hvl.no/10.18261/issn.2387-5984-2018-03-02>

Gripsrud, B. H. & Thoresen, L. (2019). Alt som lever, må dø. Døden som tverrfaglig kunnskapsfelt. Gripsrud, B. H. & Thoresen, L. (Red.), *Alt som lever, må dø. Døden som tverrfaglig kunnskapsfelt*. Spartacus Forlag AS / Scandinavian Academic Press.

Gustoimages. (u.å.). *Couple on a beach*. Hentet fra Science photo library. Britannica Imagequest. https://quest-eb-com.galanga.hvl.no/images/search/couple%20on%20a%20beach/detail/132_1267635

Heggestad, A. K. T. (2014). *“To be taken seriously as a human being”. A qualitative study on dignity in dementia care*. (Doktoravhandling, Det medisinske fakultet, Institutt for helse og samfunn), Universitetet i Oslo.

Heggestad, A. K., Nortvedt, P. & Slettebø, A. (2015). Dignity and care for people with dementia living in nursing homes. *Dementia*. SAGE. <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1471301213512840>

Heggestad, A. K. T. (2016). Verdighet som fenomen i sykepleien. I Heggestad, A.K.T. & Knutstad, U. (Red.), *Sentrale begreper og fenomener i kliniske sykepleie*. *Sykepleieboken 2* (4 utg. s. 23- 36). Cappelen Damm AS.

Heggestad, A. K. T. (2023, 26. jan.). Livsforlengende behandling gir etiske utfordringer. *Sykepleien*. https://sykepleien.no/etikk/2023/01/livsforlengende-behandling-gir-etiske-utfordringer?utm_source=Alle+I+NSF&utm_campaign=4df5c7ded3-EMAIL_CAMPAIGN_2023_01_31_01_52&utm_medium=email&utm_term=0_22c64e

cf7b-4df5c7ded3-%5BLIST_EMAIL_ID%5D

Helse Bergen. (2020). *Livets siste dager – implementering og bruk av plan for lindring i livets slutfase*. Helse Bergen, Haukeland universitetssjukehus. <https://kvalitet.helsebergen.no/docs/pub/DOK45945.pdf>

Helse Møre og Romsdal. (2019). *Innføring av palliativ plan i Møre og Romsdal. Handlingsplan 2019-2022*. Helse Møre og Romsdal. <https://helsemr.no/Documents/Samhandling/Paliasjon/Innføring%20av%20palliativ%20plan%20i%20Møre%20og%20Romsdal%20-%20Handlingsplan%2019-22.pdf>

Helsebiblioteket. (2019, 14. mai). *Randomisert kontrollert studie*. Helsebiblioteket. <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no#4kritisk-vurdering-43-randomisert-kontrollert-studie>

Helsebiblioteket. (2020, 15. des.). *Faglige retningslinjer*. Helsebiblioteket. <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no#4kritisk-vurdering-47-faglige-retningslinjer>

Helsebiblioteket. (2021, 17. sept.). *Sjekklistor*. Helsebiblioteket. <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no#4kritisk-vurdering-41-sjekklistor>

Helsebiblioteket. (2022, 31. aug.). *Kvalitativ metode*. Helsebiblioteket. <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no#4kritisk-vurdering-44-kvalitativ-metode>

Helsedirektoratet. (2013, juli). *Beslutninger ved begrenning av livsforlengende behandling*. Helsedirektoratet. https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/beslutningsprosesser-ved-begrensning-av-livsforlengende-behandling/Beslutningsprosesser%20ved%20begrensning%20av%20livsforlengende%20behandling%20-%20Veileder.pdf/_/attachment/inline/fc013b2b-2a7c-4a02-a7fd-

9db5440dbf42:a7a8146c56bc9b0ff9bc8caaf9ef59e6bb226606/Beslutningsprosesser
%20ved%20begrensning%20av%20livsforlengende%20behandling%20–
%20Veileder.pdf

Helsedirektoratet. (2018, 18. sept.). *Lindrende behandling i livets slutfase.*

Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/lindrende-behandling-i-livets-slutfase/innledning>

Helsedirektoratet. (2022, 27. jan.). *Symptomlindrende legemiddelbehandling i livets slutfase*

– *generelle råd. I Lindrende behandling i livets slutfase.* Helsedirektoratet.

<https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/lindrende-behandling-i-livets-slutfase/symptomlindrende-legemiddelbehandling-i-livets-slutfase-generelle-rad#sok-rad-dersom-behandlingsmal-ikke-nas-ved-behandling-av-pasienter-i-livets-slutfase-praktisk>

Helsepersonelloven. (2022). *Lov om helsepersonell* (LOV-2022-03-25-14). Lovdata.

https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64/KAPITTEL_4#KAPITTEL_4

Herlofson, K., Daatland, S. & Veenstra, M. (2019). Generasjoner imellom: Holdninger til familiens ansvar øst og vest i Europa. *Nordisk Østforum*. 33, 34 – 53.

<http://dx.doi.org/10.23865/noros.v33.1392>

Hospiceforum Norge. (2019). *Hva er viktig for deg?* Hospiceforum Norge.

<https://www.hospiceforum.no/srk>

Hospiceforum Norge. (2022, 16. juni). *En konferanse som løftet blikket mot fremtidige*

løsninger. Hospiceforum Norge. <https://www.hospiceforum.no/aktuelt/en-konferanse-som-løftet-blikket-mot-fremtidige-løsninger>

Husebø, B., Flo, E., Aasmul, I., et al. (2014, aug.). *KOSMOS veileder: Kommunikasjon.*

Universitetet i Bergen.

Husebø, S. & Husebø, B. (2015). Omsorg ved livets slutt. I Holm, M. S & Husebø, S. (Red.). *En verdig alderdom. Omsorg ved livets slutt* (s. 21-35). Fagbokforlaget Vikmostad & Bjørke AS.

Høgskulen på Vestlandet. (u.å.). *Rettleier for bacheloroppgåva ved fakultet for helse- og sosialvitenskap (FHS)*. Høgskolen på Vestlandet. Hentet 19. mars 2023 fra <https://www.hvl.no/contentassets/638d8fbb3c13409fa5dd04e24c3be0c9/rettleiar-for-bacheloroppgava-2022.pdf>

Høgskulen på Vestlandet. (2023). *Hogskulelektor: May Kristin Valen*. HVL. <https://www.hvl.no/person/?user=kristin.valen>

Jensen-Tveit, H. (2022). Samtalen mellom sykepleieren og pasienten kan ha stor betydning. *Sykepleien*. <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2022.87964>

Johansen, H. (2020). Personsentrert tilnærming må omfatte alle. *Sykepleien*. <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2020.80196>

Jung, C. G. (1981). The collected works of C. G. Jung. (Orig. tittel: Die Gesammelten Werke von C. G. Jung). Read, H., Fordham, M. & Adler, G. (Red.) *Psychology and religion: West and East* (vol. 2). Routledge & Kegan, London & Henlev.

Kaasa, S. & Loge, J. H. (2016). *Palliasjon*. Nordisk Lærebok (2 utg.). Gyldendal Norsk Forlag.

Knutstad, U. (2019). Pasientene i helse- og omsorgstjenesten, med krav om faglig forsvarlig sykepleie. I U. Knutstad (Red.). *Utøvelse av klinisk sykepleie* (3 utg. s. 21-29). Cappelen Damm AS.

Kochovska, S., et al. (2020). Components of palliative care interventions addressing the needs of people with dementia living in long-term care: a systematic review. *SAGE journals*. 34(4) 454 – 492. DOI: 10:1177/0269216319900141

KS. (2021, 20. okt.). *Hvordan snakker vi om døden?* KS. <https://www.ks.no/fagomrader/helse-og-omsorg/eldreomsorg/samarbeid-om-etisk-kompetanseheving/lindrende-behandling-og-omsorg/>

Larsen, L. S. (2021, 26. okt.). Bingo hvis kommunen din har gode sykepleiertjenester. *Sykepleien*. <https://sykepleien.no/meninger/2021/09/bingo-hvis-kommunen-din-har-gode-sykepleiertjenester>

Lindstrøm, U., et al. (2018). Katie Eriksson: Theory of caritative caring. I M. R. Alligood (Red.), *Nursing theories and their work* (9 utg., s. 140–163). Elsevier. St Louis, Missouri.

Lorentsen, V. B., Nåden, D. & Sæteren, B. (2016). Fanget i en «fremmed kropp». Sykepleiers erfaringer med kroppslige endringer hos pasienter i palliativ fase. *Nordisk Sykeplejeforskning*. Universitetsforlaget. issn.1892-2686- 2016-02-06

Meld. St. 24 (2019-2020). *Lindrende behandling og omsorg – Vi skal alle dø en dag. Men alle andre dager skal vi leve*. Regjeringen.

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

Ministry of Health, Labour, and Welfare. (2019). *Annual death count and percentage by place of death*. 2017 demographic survey and statistics decided number of deaths in Japan, 5 – 5. Tokyo: Ministry of Health, labour, and Welfare. <https://www.e-stat.go.jp/dbview?xml:id=0003214716>

Miranda, R., et al. (2021). No difference in effects of ‘PACE steps to success’ palliative care program for nursing home residents with and without dementia: a pre-planned subgroup analysis of the seven-country PACE trial. *BMC Palliative Care*. 20:39 DOI 10.1186/s12904-021-00734-1

Moore, D., et al. (2020). Strategies for the implementation of palliative care education and organizational interventions in long-term care facilities: A scoping review. *SAGE journals*. 34(5) 558 – 570. DOI: 10.1177/0269216319893635.

Morland, E. (2016, 19. aug.). Palliasjonens mor. *Sykepleien*.

<https://sykepleien.no/2016/08/palliasjonens-mor>

Myrset, L. H. (2020, 7. des.). Døden på dagsordenen. *Dagsavisen*.

<https://www.dagsavisen.no/debatt/2020/12/07/doden-pa-dagsordenen/>

NHS. (2010). *End of Life Care Programme. The Route to success in End-of-Life Care – Achieving Quality in Care Homes*. NHS. <https://www.england.nhs.uk/improvement-hub/publication/the-route-to-success-in-end-of-life-care-achieving-quality-in-care-homes/>

- NRK. (2023, 18 og 25. jan.). *Brennpunkt: Omsorg bak lukkede dører*. NRK.
<https://tv.nrk.no/serie/brennpunkt-omsorg-bak-lukkede-doerer/sesong/1/episode/1>
- NRK debatt. (2023, 26. jan.). *Hva er galt med eldreomsorgen? Debatten*. NRK.
<https://tv.nrk.no/serie/debatten/202301/NNFA51012623/avspiller>
- NSF. (2019). *Yrkesetiske retningslinjer*. Norsk Sykepleierforbund. <https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer>
- Nåden, D. & Eriksson, K. (2004). Understanding the importance of values and moral attitudes in nursing care in preserving human dignity. *Nursing Science Quarterly*, 17(1), 86 – 91.
<https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1177/0894318403260652>
- Okumura-Hiroshige, A., et al. (2020). Effect of an end-of-life gerontological nursing education programme on the attitudes and knowledge of clinical nurses: A non-randomized controlled trial. *International Journal of Older People Nursing*. DOI: 10.1111/opn.12309
- Polit, D. & Beck, C. T. (2017). *Generating and assessing evidence for nursing practice*. Lippincott Williams and Wilkins.
- Regjeringen. (u.å.). *Overdiagnostikk og overbehandling*. Regjeringen.
https://www.regjeringen.no/contentassets/44fdf47da7d24f01baa55cc11cf8aafa/rapport_overbehandling.pdf
- Rønsen, A. & Jakobsen, R. (2016). *Å fullføre et liv*. Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Sebjørnsen, A. K. (2022, 12. des.). Fullførelsen av pasientens livsprosjekt. *Tidsskriftet Den Norske Legeforening* (utg. 18). <https://tidsskriftet.no/2022/12/intervju/fullforelsen-av-pasientens-livsprosjekt>
- Skogstrand, S. B. (2021). *Palliasjon og lindrende behandling*. (PowerPoint presentasjon, Høgskolen på Vestlandet, Bergen).
https://hvl.instructure.com/courses/17078/files/1655978/download?download_frd=1
- Smets, T., et al. (2018). Integrating palliative care in long-term care facilities across Europe (PACE): protocol of a cluster randomized controlled trial of the 'PACE Steps to Success' intervention in seven countries. *BMC Palliative Care*.
<https://doi.org/10.1186/s12904-018-0297-1>

- Storli, M., Ingebrigtsen, O., Nakrem, S., & Elstad, T. A. (2016). Sikkerhetstiltak for legemidler i sykehjem. *Sykepleien forskning*, 11, 59801.
https://www.researchgate.net/profile/Sigrid-Nakrem/publication/311748992_Sikkerhetstiltak_for_legemidler_i_sykehjem/links/5a1c1fbe0f7e9be37f9c323d/Sikkerhetstiltak-for-legemidler-i-sykehjem.pdf
- Syse, H. (2017, 11. jan.). *Henrik Syse: Verdi og verdighet*. Nasjonal kompetansetjeneste ROP.
https://www.youtube.com/watch?v=kRkx_SDmi1Q
- Thidemann, I. J. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter. Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving* (2. utg.). Universitetsforlaget.
- Tranvåg, O. (2015). *Dignity-preserving care for persons living with dementia*. (Doktoravhandling, Universitetet i Bergen). <https://bora.uib.no/bora-xmlui/bitstream/handle/1956/11408/dr-thesis-2015-Oscar-Tranvåg.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Thurén, T. (2021). *Vitenskapsteori for nybegynnere* (2. utg.). Gyldendal Norsk Forlag.
- Trier, E. L. (2016, 11. aug.). Møter døende med modig nærvær. *Sykepleien*.
<https://sykepleien.no/forskning/2016/06/sykepleierens-personlig-kompetanse>
- Trier, E. L. (2019). Palliativ omsorg og sykepleie. Knutstad, U. (Red.), *Utøvelse av klinisk sykepleie* (3. utg. bind 3, s. 850-891). Cappelen Damm AS.
- Valen, K. (2023, 5. mai.). *Sammendrag av avhandlingen. Disputas: Kristin Valen*. Oslomet.
<https://www.oslomet.no/om/arrangement/disputas-valen>
- Van den Block, L., et al. (2020). Evaluation of a palliative care program for nursing homes in 7 countries. The PACE cluster-randomized clinical trial. *JAMA Intern Med.* 180(2): 233-242. DOI: 10.1001/jamainternmed.2019.5349
- Verdighetsgarantien. (2010). *Forskrift om en verdig eldreomsorg*. (FOR-2010-11-12-1426). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2010-11-12-1426>
- Wyller, T. B. (2020). *Geriatrici. En medisinsk lærebok* (3 utg.). Gyldendal Norsk Forlag AS.

9.0 Vedlegg

9.1. VEDLEGG 1: Inklusjons- og eksklusjonskriteria

	Inklusjonskriteria	Eksklusjonskriteria
Pasientgruppe	Menn og kvinner 65 år og over	Menn og kvinner 64 år og under
Ståsted eller plattform	Langtidsopphold sykehjem, uavhengig av hvilken avdeling (somatisk, alderspsykiatrisk, demens, osv.)	Korttidsopphold sykehjem, hjemmebasert tjeneste og sykehus.
Spesialisering (sykepleie)	Geriatrisk sykepleie, Hospice og palliativ sykepleie	Kreftsykepleie, barnesykepleie, Perioperativ sykepleie, Stråleterapeutisk og bildediagnostisk sykepleie, Ortopedisk sykepleie, Rettmedisinsk sykepleie, Kardiologisk sykepleie, Intensiv sykepleie, Akuttsykepleie, Mor-og-barn-sykepleie, Medisinsk og kirurgisk sykepleie, Militær sykepleie, Sykepleie innen nefrologi, Nevrologisk sykepleie og obstetrisk sykepleie
Tidsavgrensning	2016 - 2023	< 2016
Språk	Engelsk	Andre språk enn engelsk
Palliative planer	Livets siste dager (LCP før) PACE 6 Steps to Success	The Gold Standards Framework Route to Success 6 Steps to Success interRAI- PC

9.2 VEDLEGG 2: Søkehistorikk på Cochrane Library

Søkedato	Søk #	Søkeord/ kombinasjoner	Avgrensninger	Treff	Leste Abstrakt	Leste fulltekst	Valgt
30. jan 2023	1	MeSH descriptor: (Hospice and Palliative Care Nursing) explode all trees	N/A	47	0		0
	2	MeSH descriptor: (Geriatric Nursing) explode all trees	N/A	180	0		0
	3	#1 OR #2	N/A	227	0		
		#1 OR #2	Custom Range: 2013 to 2023	73			
			Language: English	71			
			Custom range: 2018 to 2023	50	25	14	2

9.3 VEDLEGG 3: Manuelt søk ved forfatterens navn

Søkedato	Database	Navn av forfatter	Søkeord/kombinasjoner	Avgrensninger	Treff	Leste Abstrakter	Valgt
4.feb	Oria (Avansert søk)	Svein Olav Daatland	Svein Olav Daatland	Fagfellevurder te tidsskrift Årstall 2018- 2023	4	4	1
	Oria (Avansert Søk)	Bettina Husebø	Bettina Husebø	Årstall 2018- 2022 Fagfellevurder te tidsskrift Nursing homes Geriatrics & Gerontology	14	14	1
2. apr	Google Scholar	Dagfinn Nåden	Dagfinn Nåden AND forsoning	Ingen	62	1	1

9.4 VEDLEGG 4: Litteratormatrise

I. Forskningsartikler hentet fra Cochrane Library						
Forfatter	Land og år	Tittel	Tidsskrift	Metode	Sammenfatning	Analyse
1. Miranda, R., Smets, T., Van Den Noortgate, N., van der Steen, J.T., Deliens, L., Payne, S., Szczerbinska, K., Pautex, S., Van Humbeeck, L., Gambassi, G., Kylanen, M., Van den Block, L. & on behalf of PACE	Belgia, Finland, Italia, Nederland, England, Polen og Sveits. 2021	No difference in effects of 'PACE steps to success', palliative care program for nursing home residents with and without dementia: a pre-planned subgroup	BMC Palliative Care	Cluster-RCT	Ingen sammenheng i pas. demensgrad og intervensjon basert på PACE. PACE forbedret kvalitet og døendes dødsprosess i sist måned, uansett om pas har langt kommen demens, mild demens eller ikke har demens. Ikke sist uke Svakheter: Ulike gjennomføring på noen sykehjem. F.eks. 6. trinn	Spørsmålet-klart og tydelig ift. populasjon, intervensjon, sammenligning og utfall. Deltakerne tilfeldig fordelt. Redegjørelsen av inkluderte deltakerne, utført ved slutten av studien. Frafall, godt beskrevet. Lite forskjell mellom gruppene, som kan ikke påvirke utfallene av studien. Omfattende og veldetaljert

		up analysis of the seven- country PACE trial			(refleksjon etter dødsfall, ikke gjort).	rapport om effekt av tiltaket.
2.Okumura- Hiroshige, A., Fukahori, H., Yoshioka, S., Nishiyama, M., Takamichi, K. & Kuwata, M.	Japan 2020	Effect of an end-of- life geronto logical nursing educati on progra mme on the attitud es and knowle dge of clinical nurses: A non- random ized controll ed trial	Interna tional Journal of Older People Nursing	Non- RCT	Dødsfall- langtidsopphold institusjon har økt. Spl mangler kunnskap om palliativ omsorg- anerkjent. Spl i to-dagers studieprogram om palliativ omsorg, ment for å hjelpe forbedre splholdning og utøvelse på klinisk praksis. Økt kunnskap i tematikken kan medføre forbedring av	Fordeling av deltakerne- gjennomført mht. deltakernes egne ønske. de som har stor interesse i denne studien har valgt selv å være med på intervensjonsgr uppe, som kan påvirke stort sett resultatet av studien. På grunn av deltakernes store interesse i palliasjon hos døende eldre, har de mer lyst til å fordype

					sykepleieutøvels e i klinisk praksis. Støtte fra ledere og arbeidsgivere for å modifisere praksis er en forutsetning for at intervensjon skal lykkes over tid.	kunnskap og få bredere perspektiver i det fagfeltet. Årsaken til å gjennomføre ikke randomisering var økonomi og mangel for nok bemanning.
<p>II. Forskningsartikler hentet fra referanseliste av: No difference in effects of 'PACE steps to success' palliative care program for nursing home residents with and without dementia: a pre-planned subgroup analysis of the seven-country PACE trial.</p>						
Forfatter	Land og år	Tittel	Tidsskri ft	Metode	Sammenfatning	Analyse
1. Van den Block, L., Honinx, E., Pivodic, L., Miranda, R., Onwuteaka- Philipsen, B., van Hout, H., Pasmaan, R., Oosterveld- Vlug, M., Ten Koppel, M., Piers, R., Van	Belgia 2020	Evaluati on of a Palliativ e Care Progra m for Nursing Homes in 7 countri es. The PACE Cluster-	JAMA Internal Medici ne	Cluste r RCT	Undersøkte effekt av PACE prosjekt på eldre og helsepersonell i sykehjem. RCT i 78 sykehjem i 7 land. Randomisering- utført gjennom land og median	Forskningsspørs målet er klart og tydelig med hensyn til populasjon, tiltak, sammenligning og utfall. Den metodiske kvaliteten er tilfredsstillende.

<p>den Noortgate, N., Engels, Y., Vernooij- Dassen, M., Hockley, J., Froggatt, K., Payne, S., Szczerbinska, Kylänen, M., Gambassi, G., Pautex, S., Bassal, C., De Buysser, S., Deliens, L., Smets, T. & for the PACE trial group.</p>		<p>Rando mized Clinical Trial.</p>			<p>nummer i hvert land er 1:1. Pas komfort i sist uke av livet=det samme i intervensjons- og kontrollgruppe. Pas komfort i sist måned=bedre i intervensjonsgr uppe enn kontrollgruppe. Helsepersonells kunnskap om palliasjon- minimal forbedring. Rapport gitt av pårørende fra ktrgrppe og intrvensjonsgrp- det samme ift. Pas komfort i sist uken, om kvalitet av end- of-life care og</p>	<p>Studien har fulgt CONSORT retningslinjer for cluster studiedesign. Alle personer involvert i studien har gitt samtykke, bortsett de fra Nederlands og Polen som er anonymisert. Har fått etisk konsent fra etiske komitéer i 7 inkluderte land. Randomisering var gjennomført via computer- generated random sequence. Det blindet og utført av en statistikere som ikke er involvert i salve studien.</p>
---	--	--	--	--	---	---

					<p>kommunikasjon mellom lege og pårørende.</p> <p>Presisering fr intervensjonsgrupper:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berøring på en terminal pasient 2. Holde klær og kropp ren 3. Terminal pasient som ser ut til være i fred 4. Å være forberedt for å dø 5. Pasienten som opprettholde sitt humør. 	<p>Styrkeberegning er gjort.</p> <p>Studien har sin pragmatiske tilnærming, med fokus på implementering i klinisk praksis i ulike land med ulike helsevesen system, og ulike end-of-life care kulturer, som styrke eksternt validitet og generaliserbarhet av funnene.</p>
2.Froggatt, K. A., Moore, D. C., Van den Block, L., Ling, J., Payne, S.,	Bern, Sveits 2020	Palliative Care Implementation in Long-	JAMDA	Faglige retningslinjer	Eldre folk er stadig flere i en global sammenheng, mens kvaliteten av omsorg kan	Retningslinjens overordnede mål er klart beskrevet. Detaljer på forskningsspør

and the PACE consortium collaborative authors on behalf of the European Association for Palliative Care		Term Care Facilities: European Association for Palliative Care White Paper		(Transparent expert consultation design)	være skiftende/ustabilt. Studien baserer seg på PACE prosjekt som har kartlagt palliativ omsorg i Europa og evaluert kvaliteten på omsorg ved livets slutt av eldre på langtidsopphold institusjoner samhandling fra nasjonalt nivå til hvert enkelte organisasjon. Helsepersonell-kunnskap og kompetanse om palliativ omsorg. Et tilstrekkelig budsjett for implementering av palliativ omsorg for eldre på	mål, metode og funn som ble grunnlaget for de anbefalingene er godt presentert på tabell 1. Opplysninger om retningslinjegruppen sammensetning, fagdisiplin og relevante ekspertise er presentert på tabell 2. Pasientgruppen som skal bruke anbefalingene er klart definert. Metodene som er brukt for å utarbeide anbefalingene er godt beskrevet. Anbefalinger
---	--	--	--	--	--	---

				<p>sykehjem.</p> <p>Samhandling mellom institusjoner.</p> <p>Kontinuitet på støtte mellom ulike aktører.</p> <p>Sikre at ressurser er tilgjengelige.</p> <p>Øke oppmerksomhet på behov for palliativ omsorg med «stakeholders», pasienter, pårørende og medarbeidere.</p> <p>Skape kultur for fagutvikling og kontinuerlig oppdatering av kunnskap.</p> <p>Opprettholde kultur for refleksjon.</p>	<p>beskriver helsemessige gevinster, bivirkninger og risikoer. Det går frem hvordan anbefalingene henger sammen med kunnskapsgrunnlaget.</p> <p>Anbefalinger er blitt vurdert eksternt av eksperter fra national research ethics service committee North East- New Castle og North Tyneside, UK.</p> <p>Anbefalingene er spesifikke og tydelige.</p> <p>Faktorer som kan hemme og fremme bruk av anbefalingene</p>
--	--	--	--	--	--

					<p>Behov for å jobbe bærekraftig.</p> <p>Eablering av en kultur for utvikling og engasjement blant helsepersonell på jobb avhenger støtte fra ledere.</p> <p>Kontinuitet av tiltaket. Hvis endringer/tiltak er ikke forankret i den daglige praksisen, kan forbedringene i praksis fra tiltaket gå tapt når nøkkelaktører slutter.</p>	<p>er beskrevet.</p> <p>Anbefalingene er støttet av Pace prosjektet.</p> <p>Ressursmessige implikasjoner er tatt i betraktning.</p> <p>Det var gjort rede for interessekonflikt er.</p> <p>Denne studien er støttet av European Union's Seventh Framework Program under grant agreement for Pace project Palliative Care for Older People.</p>
3.Kochovska, S., Garcia, M. V., Bunn, F., Goodman, C.,	Australia , UK, and the Netherla	Compo nents of palliativ	SAGE	Kvalit ativ	Behov for palliativ omsorg til pasienter med demens i	Formålet med studien er klart formulert. Studien har som

Lockett, T., Parker, D., Philips, J. L., Sampson, E., van der Steen, J. T. & Agar, M. R.	nds 2020	e care interve ntions address ing the needs of people with dement ia living in long- term care: a system atic review			langtidsopphold institusjoner. Palliativ omsorg med fokus på en tverrfaglig beslutningspros ess. Symptombehan dling, sep. av livsforlengende beh. og fagutd. av helseprsnl- mest sett til å bli utført i praksis; <i>prognostication</i> og kontinuitet på omsorg- minst sett i praksis- Alle EAPCanbefaling er er sett til å bli gjort i praksis i varierende grad.	mål å beskrive fenomen innen palliasjonsfeltet for eldre i langtidsopphold i tråd med EAPC anbefalinger. Datainnsamling er godt beskrevet. Observasjoner og grad av observasjoner er godt beskrevet. Det er gjort rede for hvordan analysen ble gjennomført. Funnene er klart presentert. Studien er til å stole på kan være til hjelp i praksis.
4. Moore, D. C., Payne, S., van den Block, L.,	UK & Belgium 2020	Strategi es for the implem	SAGE	Kvalit ativ	Palliativ omsorg på flere langtidsopphold sykehjem	Funnene i denne studien har noen likheter med de

Ling, J., Froggatt, K. & on behalf of PACE		entatio n of palliativ e care educati on and organiz ational interve ntions in long- term care facilitie s: A scoping review		varierer og ikke alltid komme i mål ved å dekke pasientenes behov. Anerkjenne behov for å gi god palliativ omsorg til pasienter på langtidsopphold Støtte fra avdeling- og institusjonsleder e til kontinuitet av intervensjoner, ressurser er tilgjengelige, kontinuitet til engasjement blant helsepersonell. Involvering av familiemedlem mer i diskusjon om pasienters livets slutfase. Introduksjon av	andre inkluderte studier blant annet faktorer som engasjement fra helsepersonell, involvering av ledere, undervisning og/eller trening for å øke fagkunnskap, behov for refleksjon, osv. Hvordan analysen ble gjennomført gikk det klart frem. Det er en klar sammenheng mellom innsamlede data. Studiens funn er til å stole på. Benyttet PRISMA
---	--	--	--	---	--

					<p>den nye palliativ intervensjon til faglærte og ikke faglærte.</p> <p>Behov for fleksibilitet i gjennomføring av undervisning/trening.</p> <p>Faglig diskusjon og refleksjon gjennom seminaret, øvelser og opplæring.</p> <p>Behov for at intervensjoner på palliativ omsorg er innarbeidet i daglig rutine.</p>	<p>flowchart for å vise trinnene i datainnsamling. Brukte også tabell for å presentere intervensjoner brukt i de inkluderte studiene. Og brukte en tabell som presenterer syntese: 3 tema, med tre undertema hvert tema.</p> <p>Studien har diskutert hva som er allerede visst om temaet, og hva denne studien kan bidra.</p>
5.Smets, T., Onwuteaka- Philipsen, B. B. D., Miranda, R.,	Belgia, Finland, Italia, Nederlands,	Integrering palliativ e care in long-	BMC Palliative Care	RCT	behov for en god struktur til palliativbehandling og omsorg for eldre i et	Dette er en introduksjon til studien som ønsker å evaluere

<p>Pivodic, L., Tanghe, M., van Hout, H., Pasma, R. H. R. W., Oosterveld- Vlug, M., Piers, R., Van Den Noorgate, N., Wichmann, A. B., Engels, Y., Vernooij- Dassen, M., Hockley, J., Froggatt, K., Payne, S., Szczerbinska, K., Kylanen, M., Leppaaho, S., Baranska, I., Gambassi, G., Pautex, S., Bassal, C., Deliens, L., Van den Block, L. and on behalf of the PACE trial group</p>	<p>England, Polen og Sveits. 2018</p>	<p>term care facilitie s across Europe (PACE): protoco l of a cluster random ized controll ed trial of the 'PACE Steps to Success , interve ntion in seven countri es</p>			<p>langtidsopphold institusjoner/sy kehjem. PACE prosjektet- forhåndsamtale kartlegging av pasientens helsetilstand, samhandling med tverrfaglig team, smerte og depresjons kartlegging og tiltak, bruk av livets siste dager sjekklister og refleksjon etter et dødsfall.</p>	<p>effektivitet av «PACE steps to Success» palliativ plan for eldre på langtidsopphold institusjoner/sy kehjem.</p>
---	--	---	--	--	---	---

III. Forskningsartikler hentet fra Oria- HVL Biblioteket ved navn på forfatter						
Forfatter	Land og år	Tittel	Tidsskrift	Metode	Sammenfatning	Refleksjon
1. Herlofson, K., Daatland, S. O. & Veenstra, M.	Norway 2019	Generasjoner imellom: Holdninger til familieres ansvar øst og vest i Europa	Nordisk Østforum	Kvalitativ	Variasjonen i holdninger til familieforpliktelser er knyttet til landtilhørighet. Norge+Frankrike -offentlige og privat eldreomsorg. I Øst-Europa (unntatt Tsjekia) -relativ enighet om at voksne barn bør ha foreldre boende hos seg når foreldre ikke lenger kan klare selv. Vest-Europa-ingen plikt	Det å forstå hvordan samfunner bygde, kan være behjelpelig til å kunne forstå hvorfor holdning i eldreomsorg i sykehjem er slik. Premissen av at folk må få lov til å leve sitt liv er fult. Hva er vits i å leve hvis du lever kun for ditt eget selv?
2. Aasmul, I., Husebo, B. & Flo, E.	Norway 2018	Description of an	BMC Geriatrics	Cluster RCT	Involvement of leaders for to give room for	Jo mer engasjerte avdelingsledere, jo mer

		<p>advanced care planning intervention in nursing homes: outcomes of the process interventions</p>		<p>opplæring av spl om temaet.</p> <p>Oppgavefordeling-hvem som har ansvar for hva</p> <p>Oppgaveoppklaring mellom lege og spl.</p> <p>Mangel på tid, både for å lære opp spl i sykehjem og for leger som ikke har tid å delta på seminaret.</p> <p>Ulike meninger om at pasienten ikke er i stand til å delta aktivt på en forhåndssamtale, og at det er allerede god nok kommunikasjon med pårørende og ikke behov for mer kontakt</p>	<p>engasjert sykepleiere og andre helsepersonell er, og jo blir da etablert god rutine for å opprettholde pårørendekontakt, rutine for å sette avtaler for forhåndssamtaler, osv.</p> <p>Spl har ansvar for å fortelle legen alle de relevante pasientopplysningene som gir grunnlag for et forhåndssamtalemøte, og som gir grunnlag for legens beslutning i forhold til behandlingsintensitet/avklaring til pasientens behandlingsplan</p>
--	--	--	--	--	---

					<p>med dem.</p> <p>mangel på engasjement ved å lese på materiale</p> <p>mangel på gode norskferdigheter</p> <p>høyt fravær= erstatning med ufaglærte</p> <p>Utfordrende å engasjere med folk som har lavere utdanningsnivå</p>	<p>.</p> <p>Informasjonsfor midling bør tilpasse pasientens helsetilstand.</p> <p>Lite engasjement: Av og til kan man stå med mange ulike oppgaver på én gang, og det å velge én overfor en annen betyr ikke alltid at man nedprioriterte den oppgaven som ikke blir valgt. Noen ganger betyr det bare at man ikke kan gjøre flere ting på én gang.</p>
3.Lorentsen, V. B., Nåden, D & Sæteren, B.	Norway 2016	Fanget i en «frem med	Nordisk Sygeplejeforskning	Kvalitativ	Studien tar sikte på kroppens betydning i palliativ fase i	Fremmed kropp- aktuelt til eldre i sykehjem=

		kropp»		<p>sammenheng med pasientens forsoning til seg selv.</p> <p>Gjennomførte intervjuer til sykepleiere som jobber i hospice enheter i Norge.</p> <p>Betydning av berøring, samtaler, godt stell og fremheving av det skjønn i og rundt pasienten.</p> <p>For å kunne hjelpe lindre pasientens lidelse og bidra til at forsoning kan skje, må sykepleier hjelpe pasienten til og settes fri ved å avdekke det fremmede i pasientens kropp.</p>	<p>Nedstemthet</p> <p>Funksjonstap</p> <p>Spl må ha mot og kompetanse</p> <p>For å kunne hjelpe eldre med eksistensielle utfordringer, må spl. være trygt i sin rolle.</p>
--	--	--------	--	--	--

9.5 VEDLEGG 5: Sammenligning av PACE prosjekt og Livets siste dager palliativ plan

Elementer	Livets siste dager- plan for lindring i livets slutfase	Pace 6 Steps to Success
Land	Norge	Belgia, Finland, Italia, Nederlands, England, Polen og Sveits.
Årstid	2015	2015
Forhåndssamtaler med pasient og pårørende	Ja	Ja
Kartlegging av symptomer, planlegge, iverksette og vurdere tiltak.	Ja	Ja
Koordinasjon av omsorg blant helsepersonell	Koordinasjon av omsorg skjer som regel gjennom legevisitt 1-2 ganger i uken, men kan kontakte legevaktlege ved behov i en akutt situasjon. Tas opp LSD dersom pasienten er døende, som har få dager eller timer igjen.	Møte én gang i måned for identifisering av eldre som har <6 måned forventet levetid slik at de kan følge de nøye. Anbefalt å bruke en perm for å dokumentere utvikling av symptomer blant de som har <6 måned forventet levetid. Frekvens av møte justeres i tråd med forverring av pasientens allmenntilstand.
Utøvelse av palliativ omsorg	Forutsetter kunnskap for å kunne vurdere pasienten er	Forutsetter kunnskap om generelt prinsipp om palliasjon til

	<p>døende.</p> <p>Lege sitt ansvar- seponering av livsforlengende behandling.</p> <p>Vurdere behov for åndelig/eksistensiell omsorg.</p> <p>Kommunikasjon med pårørende.</p> <p>Jevnt og hyppig tilsyn til pasient som er døende for å kartlegge symptomer og iverksette tiltak rettet mot å lindre pasientens symptomer.</p>	<p>eldre inkludert de som har demens, symptomlindring og kompleks kommunikasjonsferdigheter.</p> <p>Smertekartlegging ved bruk av GDS (geriatric depression scale) og cornell depression scale for de som har demens.</p> <p>Kontinuitet i kartlegging særlig når pasientens smerte ikke er lindret og/eller pas har <6 måneder forventet levetid.</p> <p>Kartlegging av depresjon når pas viser symptomer for depresjon.</p>
Omsorg i livets siste dager- Sjekkliste	Ja (LSD er en sjekkliste).	Ja, PACE prosjekt har en sjekkliste.
Omsorg til etterlatte	<p>Skriftlig informasjon er gitt til pårørende.</p> <p>Helsepersonell gir pårørende informasjon om rutiner ved dødsfall.</p>	Ikke spesifisert her, men pårørende ble etterspurt sin mening ift. sin opplevelse om kvalitet av kommunikasjon mellom dem og lege, og kvalitet av palliasjon for pas i siste dager.
Ivaretagelse av helsepersonell etter dødsfall	Inkludert i sjekklisen – refleksjon etter dødsfall.	<p>Refleksjon etter dødsfall.</p> <p>Hensikten: å støtte helsepersonell og stimulere læring</p>