



**Høgskulen  
på Vestlandet**

# **BACHELOROPPGÅVE**

**SJELDAN KURERE, OFTE LINDRE,  
ALLTID TRØYSTE**

**Korleis kan eg som sjukepleiar bidra til å skape ein verdig død for  
ein palliativ pasient på ein sjukeheim?**

**SK152 Bacheloroppgåve i sjukepleie**

**Institutt for sjukepleie**

**Avdeling for helsefag**

**02. 06. 2017**

**Tal ord: 6998**

**Trine Kvamme Sætherbø**

**Rettleiar Toril Irene Olesrud Fjørtoft**

Eg stadfestar at arbeidet er sjølvstendig utarbeida, og at referansar/kjeldetilvisingar til alle kjelder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 10.

*Det betyr ikke så meget  
hvordan man er født, men det  
har uendelig meget å si  
hvordan man dør.*

*Dikt av Søren Kirkegaard.*

## Samandrag av bacheloroppgåva

Tittel på oppgåva: Sjeldan kurere, ofte lindre, alltid trøyste

### Bakgrunn for val av tema:

I fylgje Husebø og Husebø (2005) blir befolkninga stadig eldre og fleire døyr ved institusjonar som sjukeheimar. Dette vil seie at behovet for palliativ omsorg og pleie i takt også aukar. Heile 48% av alle dødsfalla i 2012 var ved ein sjukeheim. Dette krev at helsepersonell har kompetanse og at sjukeheimen har ressursane som skal til for å lindre pasienten sine behov. Det er også stadfesta i yrkesetiske retningslinjer at ein sjukepleiar skal bidra til ein verdig død for pasienten (Norges Sykepleierforbund, 2016). Dette har skapt mi problemstilling og eg ynskjer å svare på fylgjande: "Korleis kan eg som sjukepleiar bidra til å skape ein verdig død for ein palliativ pasient på ein sjukeheim?"

### Metode

Eg har nytta eit litteraturstudie der eg har funne 4 artikkelar eg meinte var relevante for mi oppgåve. I tillegg har eg nytta ulik pensumlitteratur som gjer til at eg på best mogleg måte har svara på problemstillinga. Eg har nytta databasar som ORIA, Cochrane Library og sykepleien forskning.

### Funn og konklusjon

Artiklane legg vekt på samtlege felles element som må ligge til rette for ein verdig død. Det er smerte- og symptomlindring, ivaretaking, trygghet og at livsforlengande behandling ikkje blir iverksatt. For å i stor grad kunne hindre dette, må det ligge til grunn for ei god samhandling, god kommunikasjon, empati og at helsepersonell innehar kompetanse som fremjar god omsorg. Kartlegging vil her vere nøkkelen til mykje positivt. Med kartlegging kan ein sjå på kva pasienten og pårørande ynskjer, samt at helsepersonell kan få eit betre innblikk i situasjonen til pasienten. På denne måten vil grunnleggjande behov få større sjanse til å bli dekkja og kartlegginga bør skje tidleg i forløpet.

### Nøkkelord

Verdigheit, palliasjon, kommunikasjon, samhandling

# Innholdsfortegnelse

<b>1</b>	<b>INNLEIING</b>	<b>1</b>
1.1	Bakgrunn for val av tema	1
1.2	Problemstilling og avgrensing	1
1.3	Definisjon av omgrep i problemstillinga	2
1.4	Korleis oppgåva skal løysast	2
<b>2</b>	<b>METODE</b>	<b>4</b>
2.1	Litteraturstudie som metode	4
2.2	Val av litteratur	4
2.3	Kjeldekritikk	5
<b>3</b>	<b>TEORIDEL</b>	<b>7</b>
3.1	Sjukeheim som arena for palliativ pleie	7
3.2	Retten til verdigheit og ein verdig død	7
3.3	Palliasjon	7
3.3.1	Spesielle tilstandar og symptom	8
3.3.1.1	Dyspné	8
3.3.1.2	Munnstell	8
3.3.1.3	Kvalme og oppkast	9
3.3.1.4	Delirium	9
3.4	Åndelege og eksistensielle behov	9
3.5	Psykososiale forhold	9
3.6	Kommunikasjon og samhandling	10
3.7	Etiske utfordringar	10
3.8	Sjukepleiarteoretiske rammer	11
<b>4</b>	<b>RESULTAT OG FUNN</b>	<b>12</b>
4.1	Artikkel 1: Er sykehjemmet et verdig sted å dø?	12
4.1.1	Forfattarar, årstal	12
4.1.2	Hensikt	12
4.1.3	Metode	12
4.1.4	Funn	12
4.2	Artikkel 2: Hva er en god død i sykehjem?	13
4.2.1	Forfattarar, årstal	13

4.2.2	Hensikt	13
4.2.3	Metode	13
4.2.4	Funn	13
<b>4.3</b>	<b>Artikkel 3: Quality of Life at the End of Life for Nursing Home Residents: Perception of hospice and Nursing Home Staff Members.</b>	<b>14</b>
4.3.1	Forfattarar, årstal	14
4.3.2	Hensikt	14
4.3.3	Metode	14
4.3.4	Funn	14
<b>4.4</b>	<b>Artikkel 4: Omsorg ved livets slutt – En kvalitativ studie av sykepleieres erfaringer med bruk av Liverpool Care pathway i sykehjem.</b>	<b>15</b>
4.4.1	Forfattarar, årstal	15
4.4.2	Hensikt	15
4.4.3	Metode	15
4.4.4	Funn	15
<b>5</b>	<b>DRØFTING</b>	<b>16</b>
5.1	Sjukeheim som arena for palliativ pleie og ein verdig død	16
5.2	Sjeldan kurere, ofte lindre, alltid trøyste	18
5.3	Ivaretaking og den vanskelege samtalen	20
<b>6</b>	<b>KONKLUSJON</b>	<b>22</b>
<b>7</b>	<b>BIBLIOGRAFI</b>	<b>23</b>
<b>8</b>	<b>VEDLEGG 1</b>	<b>28</b>

# 1 Innleiing

I tråd med at befolkninga stadig blir eldre er det også fleire som dør på sjukeheimen. Rundt 48% av alle dødsfalla i Norge skjer på sjukeheimen (2012). Sjukeheimane eignar seg derfor godt som arena for god omsorg ved livets slutt for dei gamle. Dette føreset at sjukeheimen møter pasienten i deira siste livsfase med nødvendig kompetanse og sit med dei ressursane som skal til for lindrande behandling (Husebø & Husebø, 2005). I yrkesetiske retningslinjer er det også stadfesta at ein sjukepleiar skal bidra til ein verdig død for pasienten (Norges Sykepleierforbund, 2016).

## 1.1 Bakgrunn for val av tema

I første praksisperiode fekk eg eit nært møte med ein pasient. Pasienten hadde smerter som var omfattande og vanskelege å lindre. På den tida var eg ein fersk sjukepleiarstudent som spurde meg sjølv om det var dette eg ville - sjå at gamle har det vondt. Som sjukepleiar kan eg vere med på å forandre den siste tida til ein pasient; gjere den verdig, kartleggje behov og lindre.

Eg ynskjer med oppgåva å tileigne meg kunnskap og kompetanse om den palliative fasen, og korleis eg kan bli tryggare i møte med døden. Sjå på faktorar sjukepleiarar kan utføre for at pasienten skal få det best mogleg fysisk og psykisk. Samtidig vil eg sjå på tiltak som kan vere med på å dempe pasienten sine lidningar til eit minimum. Eg meiner dette kan hjelpe meg å møte pasienten og dei pårørande sine behov.

## 1.2 Problemstilling og avgrensing

”Korleis kan eg som sjukepleiar bidra til å skape ein verdig død for ein palliativ pasient på ein sjukeheim?”

Eg ynskjer å sjå på faktorar som kan bidra til ein verdig død for ein palliativ pasient. Korleis sjukepleiarar kan bidra til å lindre pasienten si fysiske og psykiske helse gjennom kompetansen sin. Den palliative fasen til ein pasient ved ein sjukeheim kan vere vanskeleg å definere på grunn av alder, sjukdomsforløp og tilstand, så difor har eg ingen klar avgrensing til dette.

Eg avgrensar oppgåva sitt omfang til at pasientgruppa er over 80 år og at den palliative fasen er uavhengig diagnose/diagnosar til pasienten. Eg har også valt å kun ta for meg dei symptoma og

utfordringane til pasienten som eg sjølv har møtt i praksis. Det vil gjerne bli sentrale områder andre meiner er viktige å presentere.

Eg har valt å sentrere oppgåva sitt fokus på den palliative fasen og ikkje dødstidspunkt. Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorga inneber også sorgarbeid og oppfølging av etterlatne. (Helsedirektoratet, 2015). Eg har valt å ikkje ta stand til dette. Grunnlaget for det er at eg meiner oppgåva allereie har eit stort omfang og rikeleg av moment å drøfte. Eg har heller ikkje valt å ta stand til utfordringar ein kan møte i samband med pårørande.

### 1.3 Definisjon av omgrep i problemstillinga

Verdigheit blir definert som ei subjektiv oppleving av verdsetjing, stadfesting av eigeverd, respektfull stadfesting av kven vi er og hensikta med livet (Aakre, 2011).

Pasient: *"en person som henvender seg til helse- og omsorgstjenesten med anmodning om helsehjelp, eller som helse- og omsorgstjenesten gir eller tilbyr helsehjelp i det enkelte tilfelle"* (Helse- og omsorgsdepartementet, 1999).

Palliasjon: *"Palliasjon er aktiv behandling, pleie og omsorg for pasienter med inkurabel sykdom og kort forventet levetid. Lindring av pasientens fysiske smerter og andre plagsomme symptomer står sentralt, sammen med tiltak rettet mot psykiske, sosiale og åndelige/eksistensielle problemer."* (Helsedirektoratet, 2015)

Verdig død: Ein verdig død kan bli definert på fleire måtar ut frå kva livssyn og verdiar eit menneske har. Dei grunnleggjande prinsippa er like. Pasienten skal vere godt smertelindra og ikkje døy aleine (Foreningen Retten til en verdig død, 2016).

### 1.4 Korleis oppgåva skal løysast

Oppgåva har ein introduksjon om problemstillinga og kvifor eg har valt denne. Oppgåva belyser deretter metoden. Metoden inneheld val av litteratur, kvifor eg har nytta denne og kvifor eg meiner den er relevant. Eg vil belyse kritiske sider ved litteraturen eg har valt.

Teoridelen som blir presentert er delt inn i over- og underskrifter slik at det er lett å få ei god oversikt over emna. Drøftinga er delt opp i tre overskrifter der dei forskjellige teoridelane er knytte saman. Drøftinga går ut på teori eg har nytta og skal drøftast opp mot funn og litteratur.



## 2 Metode

*”En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener formålet, hører med i arsenalet av metoder”* (Dalland, 2012, s. 111).

Metoden seier oss noko om korleis me bør komme fram til eller korleis me har framskaffa kunnskap. For at me skal nytte ein viss metode må metoden vere med på å belyse spørsmålet ein skal presentere på ein fagleg interessant måte. Metoden som har blitt valt skal hjelpe til å samle inn data for å få den informasjonen ein treng. Ulike spørsmål kan ha ulike metodar, og ein nyttar ulike reiskap ved dei forskjellige måtane for å framskaffe kunnskap (Dalland, 2012, ss. 111-112).

### 2.1 Litteraturstudie som metode

Oppgåva er basert på skriftlege kjelder som allereie eksisterer. Kjeldene skal samlast og diskuterast og belyse problemstillinga i eit fagleg perspektiv. Ein skal nytte litteratur som har relevans for den litterære oppgåva. Det vil også vere nyttig å kombinere erfaringar ein har tileigna seg gjennom studiet og praksis (Dalland, s. 223). På denne måten skal eg komme fram til ein konklusjon gjennom litteratursøk som svarar på min problemstilling. Korleis eg som sjukepleiar på best mogleg måte kan bidra til ein verdig død for ein palliativ pasient.

Den litterære oppgåva kan i utgangspunktet for problemstilling og tema vere opplevingar i praksis, eller noko ein vil undersøke og tileigne seg meir kunnskap om gjennom litteratursøk. Utfordringa er å formulere ei så presis problemstilling som mogleg. Dette for å sentrere og halde ein raud tråd gjennom oppgåva, som også vanskeleg gjer det å spore av. Det vil då for lesaren også verte lettare å sjå forholda mellom teori og drøfting, noko som er svært sentralt for denne oppgåva. I den litterære oppgåva er det vurdering av skriftlege kjelder i form av kjeldekritikk som er den metodiske reiskapen. Oppgåvestrukturen er delt opp i ei innleiing, teoridel, metode, resultat og drøfting. Dette inneber å ta ein del om gongen i ei systematisk og ryddig rekkjefylgje. Teorien dannar grunnlaget for drøftinga (Dalland, 2012, ss. 223-224). Oppgåva mi vil også ta for seg ein del opplevingar og eigne erfaringar eg har hatt i praksis, for å kunne drøfte det på ein god og tilfredsstillande måte.

### 2.2 Val av litteratur

Hovudlitteraturen til denne oppgåva er boka til Kaasa og Loge, Husebø og Klaschik og Knutstad. Boka til Kaasa og Loge er ei nordisk lærebok frå 2016 innan Palliasjon og svært dekkjande for emne. Dette

var den første boka eg fann då eg søkte i Oria. Den er svært dekkande for alle emna og spørsmåla eg ynskjer svar på. Dessutan er den heilt ny og det er den nyaste forskinga innan palliasjon. Boka var også svært lettlesen og oversiktleg. Det var mange forskjellige kapittel som eg med ein gong såg var svært nyttige for teori og drøfting.

Boka til Husebø og Klaschik er datert 1998, men likevel svarande på sentrale spørsmål til problemstillinga. Eg har for det meste nytta denne til åndelege og eksistensielle behov. Eg tykte det var vanskeleg å finne litteratur som definerte området på ein god og tilfredsstillande måte.

Boka til Knutstad er frå 2013 og dekkjer eit stort område innan lindrande sjukepleie, kommunikasjon, sentrale utfordringar og etiske dilemma. Samtidig er eg godt kjend med boka sidan me har brukt den mykje tidlegare i studiet.

I tillegg har eg valt å nytte det nasjonale handlingsprogrammet for palliasjon i kreftomsorga. Dette er nasjonale retningslinjer og det ser eg som ei styrke for oppgåva si truverd. Dette var også ein av dei første retningslinjene eg fekk opp då eg søkte på nettet etter informasjon om palliasjon.

Har også nytta ein del anna litteratur som eg har brukt tidlegare i studiet, yrkesetiske retningslinjer for sjukepleiarar, forskingsartiklar og andre skriftlege kjelder. Eg har i stor grad kun behandla nyare litteratur, slik at eg har det siste forskingsmaterialet som er oppdatert. Dette meiner eg styrker oppgåva si truverd og eg får innsyn i det nyaste forskingsmaterialet, litteratur og pensum.

## 2.3 Kjeldekritikk

Kjeldekritikk er ein metode for å fastslå om ei kjelde er til å stole på eller ikkje. Vurdering og karakterisere kjeldene som har vorte nytta vil vere relevant. Det er to sider ved kjeldekritikk. Den eine er å finne litteratur som kan belyse di problemstilling. Den andre er å gjere greie for litteraturen som vert nytta (Dalland, ss. 67-68). Eit litteraturstudie er oppsamling av datamateriale på ein systematisk måte. Eg har nytta få søkeord og har gjerne gått glipp av mange sentrale og gode artiklar for mi oppgåve. Derfor vil det vere fleire forskingsartiklar eg ikkje har sett eller vurdert for å belyse mi problemstilling. Dersom eg hadde nytta andre databasar ville eg mest sannsynleg funne andre artiklar som var relevante. Likevel meiner eg at dei artikkane eg har valt er gode for mi problemstilling. I tillegg er det relevant teori som kan styrke drøftinga på ein god og tilfredsstillande måte.

Ein av artiklane er på engelsk og det kan derfor vere moglegheit for feiltolking og ting eg har oversett som kan vere sentrale. Det kan også vere at alle nyansane forfattarane prøver å belyse ikkje kjem godt nok fram i mi tolking av artikkelen. Det vil også gjerne vere ulike aspekt i artiklane eg ikkje har fått med meg på same måte som forfattar har ynskt å formidle.

Eg har kun nytta ein engelsk artikkel. Dette er på grunnlag av at eg fann mange gode norske og meinte det var relevant for mi oppgåve å kunne nytte dei norske. Det var gjort mykje god forskning og forskinga eg har funne belys problemstillinga mi på ein reflektert måte. Det er mange gode argument, samtidig er det ulike aspekt som set problemstillinga litt på spissen som kan resultere i ei sterk drøfting som blir underbygd av ulike resultat i forskinga.

## 3 Teoridel

### 3.1 Sjukeheim som arena for palliativ pleie

I tråd med at befolkninga stadig blir eldre er det også fleire som døyr på sjukeheimen. Rundt 48% av alle dødsfalla i Norge skjer på sjukeheimen (2012). Sjukeheimane får derfor ei stor rolle i den palliative pleia. Sjukeheimane skal sørgje for at pasientane får tilstrekkeleg med symptomlindring samt ein verdig ivaretaking ved livets slutt. Legen som er ved sjukeheimen bør ha god kompetanse innan palliasjon, og legetenesta bør vere tilstrekkeleg organisert slik at legevaktslege blir nytta til eit minimum. Ein sjukepleiar ved sjukeheimen bør ha funksjon som ein ressursjukepleiar innan lindrande behandling slik at sjukeheimen kan gi eit tverrfagleg tilbod og ha tilgang til relevante faggrupper (Haugen & Aass, 2016, s. 117).

Forsking viser at det er fleire sjukehusinnleggingar om tilsynslege som blir utkalla og pårørande ikkje føler at tilsette ved sjukeheimane har nok kompetanse rundt palliativ pleie (Steindal & Sørbye, 2010). Systematisk observasjon bør prioriterast (Loso, 2013).

Sjukeheimane må ha rutinar på systemnivå slik at råd og rettleiing frå einingar med spesialkompetanse innan palliasjon vert nytta. For eksempel kommunen si tverrfaglege palliative ressursgruppe (Haugen & Aass, 2016, s. 117). Det kan vere mange utfordringar med å jobbe på ein sjukeheim sidan pasientane har komplekse og samansette sjukdommar (Bergland, Vibe, & Martinussen, 2010).

### 3.2 Retten til verdigheit og ein verdig død

Heileheita av behandlinga krev god kompetanse innan fysiologiske endringar, mentale og eksistensielle behov og ivaretaking av pårørande. Sjukepleiarar er forplikta til dette gjennom yrkesetiske retningslinjer. All helsepersonell er ansvarlege for å ikkje krenkje menneskjers integritet, noko som er like viktig ved dødsleie. FN si erklæring om den døyandes rettigheter tek føre seg sentrale verdiar til eit menneskje den siste fasen i livet. Det er fleire punkt i denne utredninga som er basert på å fremje ein verdig død (Brenden, 2012).

### 3.3 Palliasjon

Palliasjon blir av WHO definert som ein aktiv behandling, pleie og omsorg for pasientar med kort forventet levetid og inkurabel sjukdom. Lindring av pasienten sine fysiske smerter og andre symptom som oppstår står sentralt. I tillegg skal ein setje i verk tiltak som er retta mot psykiske, sosiale og

ånedelege/eksistensielle problem. Målet med behandlinga er best oppnåeleg livskvalitet for pasient og pårørande. Palliativ omsorg og behandling skal ikkje framskude døden, ei heller forlengje dødsprosessen. Palliativ pleie skal sjå på døden som ein naturleg del av livet, med med ein verdig avslutning (Verdighetsgarantiforskriften, 2010). I lindrande behandling kan ein nytte Liverpool Care Pathway (vidare her kalla LCP) som er eit ledd for å gi alle døygande god lindrande behandling og omsorg. Tiltaksplanen erstattar all dokumentasjon utanom medikamentliste. Avkryssingsskjema vert nytta for å avkrefte eller bekrefte symptom, som for eksempel smerter (Trier, 2013, ss. 936-937). Kunnskap om opioid og smertelindring er sentralt for å kunne lindre pasienten tilfredsstillande (Granheim, Raaum, Christophersen, & Dihle, 2015).

### 3.3.1 Spesielle tilstandar og symptom

Smerter er ein subjektiv oppleving og kan kun bli skildra av pasienten. Skildringa av smerten blir ofte ufullstendig fordi smerten er større enn det som kan bli beskrive. Det er derfor viktig at helsepersonell oppfattar pasienten sine smerter slik at han tidleg i forløpet kan få tilpassa hjelp (Amendor, 2011). Kompetansen til sjukepleiaren vil spele ei rolle for kor godt pasienten blir lindra og kor mykje som blir kartlagt (Brenne & Dalene, 2016).

#### 3.3.1.1 *Dyspné*

Pustebesvær er ei subjektiv og ubehageleg kjensle av å ikkje få i seg tilstrekkeleg med luft. Om pustevanskar skjer i kvile er dette eit teikn på patologi og er som regel svært plagsamt for pasienten. Vanskane er ofte forbunden med angst og medfører ofte redusert livskvalitet. Dette symptomet førekjem hyppig hjå palliative pasientar (Gulsvik & Halvorsen, 2016, s. 583). Behandlinga av pustevanskar vil i all hovudsak rette seg mot den underforliggande årsaka (Gulsvik & Halvorsen, 2016, s. 588)

#### 3.3.1.2 *Munnstell*

Hensikta med munnstell i livets slutt fase er å halde lepper og munnslimhinner fuktige og reine, sørge for at tenner/protesar er reine, fuktige og funksjonsdyktige, redusere/førebygge dårleg ande, førebygge infeksjonar, optimalisere nærings- og væskeinntak peroralt, fremje velvære og livskvalitet. (Hjermstad & Herlofson, 2016, s. 668)

### 3.3.1.3 *Kvalme og oppkast*

Kvalme er subjektivt og ein følelse av å måtte kaste opp. Oppkast er kraftig og rask tømning av mageinnhald. Desse komponentane opptrer ofte saman. Årsakene kan vere ulike og samansette og kan føre til redusert livskvalitet (Halvorsen & Aass, 2016, ss. 549-555).

### 3.3.1.4 *Delirium*

Delirium blir karakterisert som akutt endring i bevisstheitsnivået og kognitiv funksjon. Førekomsten av delirium er høgast dei siste vekene, dagane eller timane før døden inntreff. Av hensiktsmessige årsaker bør ein skilje mellom predisponerande og utløysande årsaker. Dette er fordi tiltak bør i hovudsak rettast mot dei utløysande årsakene. Opioid er truleg den hyppigaste årsaka til utløyst delirium av palliative pasientar (Loge, Hjermstad, & Løhre, 2016, ss. 501-509).

## 3.4 *Åndelege og eksistensielle behov*

Åndelege og eksistensielle behov omfattar personens grunnleggjande verdiar, tankar om kva som gjev livet ei mening og eit religiøst eller ikkje-religiøst verdsbilete. Dette inkluderer også forskjellige oppfatningar kvart enkelt individ har om kva som skjer etter døden (Magelssen & Fredheim, 2011).

## 3.5 *Psykososiale forhold*

Mange slit med depresjon og angst. Viktig hjelp helsepersonell kan bidra med er den menneskelege og faglege psykososiale omsorga (Husebø, 1998, ss. 273-274). Det finst ulike spørsmål ein kan stille for å få innsyn i den psykososiale helsa til pasienten. Dette blir gjort i ein open samtale med pasienten om føreliggande og potensielle problem (Husebø, 1998, ss. 241-242). Det må også gjerast vurdering for kva tilstand pasienten er i.

Ved håplaus sjukdom opplev mange ei form av sorg lenge før døden. Dette kan utløysast av tapte fysiske funksjonar. Fleire små tap kan skape sterke sorgreaksjonar og kan vere ei førebuing til det største tapet; tapet av livet (Husebø, 1998, s. 255).

For å verne om integriteten til ein pasient i ein sjukdomsfase, må helsepersonell yte psykososial omsorg på eit fagleg og menneskeleg nivå. Eit viktig grunnlag for denne omsorga er å ta seg tid til å lytte og å utvikle tillit til pasienten og pårørande. Pårørande treng ofte stadfesting på tiltaka som vert nytta (Husebø, 1998, ss. 273-275).

### 3.6 Kommunikasjon og samhandling

Kommunikasjon er eit symbolsk samspel som består av vedvarande, dynamisk og ein foranderleg prosess der ein påverkar involverte partar. Informasjon skal overførast, takast i mot og skape meining gjennom dialogen. I samhandling mellom menneskjer er kommunikasjon nødvendig for at det skal verte eit fellesskap. Kommunikasjon er ein prosess og omstendigheiter og situasjon vil i stor grad påverke korleis dette vil gå fram. Det er viktig at partane klarar å tilpasse seg situasjonen dei er i. Kontaktetablering føreset at ein klarar å oppfatte situasjonen den andre parten er i og at ein tilpassar kommunikasjonsmåten til situasjonen og personane. Empati vil vere ein sentral nøkkel der ein på ein subjektiv måte skal prøve å oppleve verda til den andre personen – med emosjonelle komponentar og meiningar - utan at ein personleg tek over. (Hummelvoll, 2012, ss. 420-422).

I fire-perspektivmodellen blir fire grunnleggjande perspektiv presenterte som ein situasjon kan opplevast ifrå. Eigenperspektivet, andre perspektivet, det intersubjektive opplevelsesfellesskapet og samhandlingsperspektivet. Desse er grunnleggjande for all kommunikasjon og samhandling. Det er også situasjonsbetinga og avhengig av kva kontekst samhandlinga føregår i (Røkenes & Hanssen, 2002, s. 39). Med kroppshaldning og bevegelse kan me signalisere korleis me ynskjer kontakt. Dette kan oppfattast i ei positivt eller negativ retning. Den non-verbale kommunikasjonen legg til grunn for mykje av samhandlinga ein ynskjer å få til (Hummelvoll, 2012, s. 425).

### 3.7 Ethiske utfordringar

Ca. 60% av døyande pasientar mistar bevisstheita i dagane før dei fell frå. Det vil seie at dei misser kompetanse til samtykke. Når ein ikkje lenger kan spørje pasienten om informert samtykke er det vår oppgåve som helsepersonell å kartleggje formoda samtykkje.

Livsforlengande behandlingstiltak ovanfor døyande pasientar der grundig kartlegging av samtykke ikkje er utført, inneber ein grov krenking av pasientens etikk og verdigheit.

Når fagpersonalet samla skjønar at døden er føreståande og at ingen behandlingstiltak lenger vil vere fornuftig, har helsepersonellet eit spesielt etisk ansvar. Ein må forhindre at pasientens verdigheit blir krenka gjennom belastande og meningslause behandlingstiltak som kan forlenge lidinga (Husebø & Husebø, Palliativ plan – eldreomsorg).

### 3.8 Sjukepleiarteoretiske rammer

Eg har valt å ha med sjukepleiarteoretikaren Kari Martinsen frå Noreg. Ho er ein av dei nordiske sjukepleiarteoretikarane som har bidrege til teoriutviklinga innan sjukepleievitskapen (Kirkevold, 2014).

Kari Martinsen meiner i si tilnærming at omsorg handlar om relasjonen mellom to menneskjer. Relasjonen byggjer på fellesskap, solidaritet og gjensidigheit utan at det føreligg forventning om gjengjeld (Kirkevold, 2014).

Martinsen essensielle tyding av den menneskelege relasjonen:

*”Vi er forbundet med hverandre med en fordring om å dra omsorg for det av den andres liv somforbundetheten prisgir oss ... Det er ut fra de ralsjoner vi inngår i til hverandre i konkrete situasjoner, at den etiske fordring får sitt innhold” (Kirkevold, 1998, s. 172)*



## 4 Resultat og funn

Sjå vedlegg nr. 1 for søkeord og databasar.

### 4.1 Artikkel 1: Er sykehjemmet et verdig sted å dø?

#### 4.1.1 Forfattarar, årstal

Simen Alexander Steindal og Liv Wergeland Sørbye, 2010

#### 4.1.2 Hensikt

Eit stort fokus rundt dei eldre er at dei ikkje skal overflyttast til sjukehuset i den terminale fasen. Likevel viser forskning at dette skjer relativt ofte. Artikkelen omhandlar om pårørande sin innsikt og vurdering av sin næres siste dagar. Hensikta med studiet er å belyse temaet med overflytting og drøfte faktorar som kan få pårørande til å føle at deira nære kan få ein verdig død ved sjukeheimen.

#### 4.1.3 Metode

Semistrukturerte intervju av nærmaste pårørande til pasientar som dør ved eit sjukehus. Det blei utført ein deskriptiv innhaldsanalyse av to opne spørsmål frå skjemaet som la grunn for utvalet av data som blei nytta i forskinga.

#### 4.1.4 Funn

Forventingar og tillit til personalet, pårørande som pasientens advokat og sjukehuset som eit symbol på ein verdig død var data som gjekk attende i innsamlinga. Dei konkluderte med at for at pårørande skulle føle at deira nære skulle få ein verdig slutt måtte kompetansenivået til helsepersonellet innan palliasjon vere tilstrekkeleg. Det var også trekt fram at kommunikasjonen måtte vere god, og derfor også gjerne språkkunnskap slik at alle dei ansatte snakka tilstrekkeleg godt norsk. Dette for at all informasjon som går begge vegar skal vere sikker og at ingen skal misforståast.

Det essensielle var også kommunikasjon mellom pårørande og tilsette. For at dette skulle skje såg dei at kartlegging var essensielt og at dette kunne bidra til å dekkje ulike behov til pårørande og pasient, som resulterte i større tillit blant dei involverte partane. Dersom dette skjedde opplevde dei færre sjukehusinnleggingar og pasienten fekk døy ved sjukeheimen han eller ho var innlagd ved.

Kartlegging av behov og ynskjer kunne føre til betre lindring som igjen kunne resultere i eit godt tillitsforhold mellom dei involverte partane.

## 4.2 Artikkel 2: Hva er en god død i sykehjem?

### 4.2.1 Forfattarar, årstal

Elisabeth Gjerberg og Arild Bjørndal, 2009

### 4.2.2 Hensikt

Forskarane ynskjer å finne ut kva dei som møter pasienten i siste fase legg i omgrepet god død og kva forutsetningar som må til for at dette skal skje.

### 4.2.3 Metode

Intervjuguide med fem opne spørsmål med 14 spesielt utvalde intervjupersonar som er tilsett på fem ulike sjukeheimar i fire helseregionar.

### 4.2.4 Funn

Informantane fremja fire sentrale tema som måtte vere til stades for ein god død: god smerte og symptom lindring, sørgje for at pasienten ikkje skulle vere aleine, ivareta pårørande og ikkje iversette unødvendig forlengande livsbehandling. Og ein grunnleggande forutsetning for å oppnå ein verdig avslutning på livet var respekten personalet gav pasient og pårørande. Andre viktige forutsetningar forskinga også legg vekt på var systematisk observasjon, god dokumentasjon, god kompetanse innan lindrane behandling og rutine for oppfølging. Kontinuitet i relasjonen mellom pasient/pårørande og helsepersonell kan vere med på å styrke kommunikasjon og trygghet.

Forskinga seier at det er like viktig at pasienten blir verdsatt på same måte i den siste fasen som tidlegare i opphaldet. Det er også viktig å møte pårørande i situasjonen dei er i. Dette fremjar velvære og eit tillitsband kan bli skapa.

Kompetansen til personalet kjem fram som eit viktig forhold for at pasient og pårørande skal føle tryggleik over behandlinga som blir gjeven. Dette kan bidra til god smerte- og anna symptom lindring, tryggleik, at livsforlengande behandling ikkje blir sett i verk og at forholdet til pårørande er så godt som det let seg gjere.

### **4.3 Artikkel 3: Quality of Life at the End of Life for Nursing Home Residents: Perception of hospice and Nursing Home Staff Members.**

#### **4.3.1 Forfattarar, årstal**

Lori A. Roscoe og Kathryn Hyer, 2008

#### **4.3.2 Hensikt**

Studien ville undersøke om oppfatninga sjukepleiarane hadde av livskvalitet spelte noko rolle i korleis den siste tida til pasienten vart. Det vart også undersøkt om den kognitive statusen til pasienten hadde noko å seie. Sjukepleiarane skulle vurdere betydinga av å ha ei evne til å påverke 11 livskvalitetsdomener, smertelindring, autonomi, privatliv, aktivitet, matlyst, meningsfylte relasjonar, personleg sikkerheit og åndeleg velvære.

#### **4.3.3 Metode**

Spørjeskjema for 146 sjukepleiarar. Det vart nytta ein variasjonsanalyse for å analysere utfallet.

#### **4.3.4 Funn**

Forskinga seier at sjukepleiarar uansett ansiennitet meiner at friheit for smerter og matnytelse var livskvalitetsdomener som var dei viktigaste. Sjukepleiarane meinte også at livskvalitetsdomena som var presenterte var det som burde prioriterast ved livets slutfase. Vidare i forkinga såg ein at den kognitive funksjonen til ein pasient spelte ei sentral rolle for om pasienten fekk dekka sine livskvalitetsdomener eller ikkje. Samtidig viste forkinga at det hadde mykje å seie kva sjukepleiarane personleg meinte var dei viktigaste livsdomena som burde prioriterast og behandlast først. Smerter var likevel som tidlegare nemnt det viktigaste symptomet å lindre i størst mogleg grad.

## **4.4 Artikkel 4: Omsorg ved livets slutt – En kvalitativ studie av sykepleieres erfaringer med bruk av Liverpool Care pathway i sykehjem.**

### **4.4.1 Forfattarar, årstal**

Marianne Brattgjerd og Rose Mari Olsen, 2016

### **4.4.2 Hensikt**

Norge har innført ein tiltaksplan Liverpool Care Pathway (LCP). Denne er utvikla i Storbritannia. Målet med tiltaksplanen er at den skal bidra til kvalitetssikring av pleie og omsorg ved livets slutt. Hensikta var å forske på kva erfaring sjukepleiarar har med bruk av LCP i omsorga for døydande pasientar på sjukeheim.

### **4.4.3 Metode**

Kvalitativ metode

### **4.4.4 Funn**

Studiet konkluderte med at sjukepleiarane opplevde fleire utfordringar knytt til bruken av LCP. Samtidig opplevde dei at LCP bidrog til ein verdig og forsvarleg omsorg for den døydande på sjukeheimen. Fleire studiar hadde også vist at LCP fremjar kommunikasjon mellom helsepersonell og pasient/pårørande. Det blei også konkludert med eit betre tverrfagleg samarbeid omkring pasienten som også fremja omsorg og betre lindring av kliniske symptom.

## 5 Drøfting

### 5.1 Sjukeheim som arena for palliativ pleie og ein verdig død

I artikkelen til Steindal og Sørbye (2010) kjem det fram at pårørande ser eit behov for meir kompetanse innan palliasjon, faglært personell og betre norskkunnskapar ved sjukeheimane. Forsking viser at pasientar som treng palliativ pleie ofte vert innlagt på sjukehus fordi pårørande ikkje opplev tilstrekkeleg med kompetanse. Resultatet blir pårørande som føler at deira nære ikkje får pleia han eller ho treng. Som vist i teoridelen skal helsepersonellet beherske palliasjon. Steindal og Sørbye (2010) trekkjer også fram at det tilsynelatande blir fleire sjukehusinnleggingar dersom legevaktslege blir tilkalla, istadenfor at tilsynslegen, som mest truleg kjenner pasienten betre, kjem. Basert på tidlegare erfaring kjenner gjerne ikkje legevaktslegen til heile sjukdomsbiletet til pasienten og kan i stor eller liten grad verte pressa av pårørande til å leggje pasienten inn på sjukehus.

På ein sjukeheim er ofte sjukdomsbiletet til kvar pasient samansett og beståande av fleire ulike sjukdommar. Dette krev mykje av sjukepleiarane fordi dei må ha mykje kunnskap, vere gode til å vurdere og ta avgjersler (Bergland, Vibe, & Martinussen, 2010). Studentar har fleire gonger gjennom studiet snakka om at dei ikkje ynskjer å jobbe ved ein sjukeheim. Dette blei ofte underbygd med at dei ikkje følte det var nok utfordring, lite sjukepleiarprosedyrar og mykje stell. Eg vil frå eige perspektiv påstå at det er eit enormt ansvar fordi sjukeheimane ofte ikkje har same tilgang på lege som ein har på sjukehus. I praksis har eg opplevd at sjukepleiarane på sjukeheimen i stor grad må nytte sin kompetanse for å vurdere om lege skal bli tilkalla og om det er ein nødvendig bruk av ressursen. Utfordringane kan vere mange. Dette på grunn av eit komplekst sjukdomsbilete hjå pasientane og fordi dei i stor grad må nytte sin kompetanse på ein heilt anna måte enn på sjukehus (Bergland, Vibe, & Martinussen, 2010).

Kunnskap og kompetanse må vere tilstades for at pasienten skal få det han eller ho har rett på av behandling, pasient og pårørande skal føle seg trygge og at den helsehjelpa som blir gjeven er forsvarleg (Kristoffersen, 2011, s. 162). For at den palliative pleia skal verte best mogleg bør det vere kontinuitet og personell som kjenner pasienten. På ein sjukeheim er det i teorien ein god arena for palliativ behandling der personellet i dei fleste tilfeller har hatt kontakt med pasienten over tid. På den andre sida seier forskinga eg har presentert tidlegare, at det er lite kompetanse rundt området med palliasjon og at pårørande ikkje tykkjer det er tilstrekkeleg. Resultatet vil då gjerne likevel bli sjukehusinnlegging som i all strid krenkjer integriteten til pasienten. Dette støttar Steindal og Sørbye (2010) og Brattgjerd og Olsen (2016) opp i den grad at ein skal lindre og ikkje overbehandle samt alltid vere i forkant med kartlegging.

Sjukeheimen skal vere ein verdig stad å døy. Pasientane skal få døy i kjende omgivadar, med kjent personell og på eit rom dei gjerne har hatt over tid. Samtidig ser ein at Steindal og Sørbye (2010) finn at pårørande gjev uttrykk for at dei ser på sjukehuset som ein verdig stad å døy fordi dei meiner at sjukehuset har betre behandlingsmoglegheiter enn sjukeheimane. Artikkelen til Gjerberg og Bjørndal (2009) framheva at smerte og symptomlindring var ein av fire sentrale tema pårørande meinte var viktig for ein god død. Igjen vil det setje lys på at kompetansen innan palliasjon er ekstremt viktig og noko ein bør satse på. Ein må då sjå det frå eit systemnivå og nytte dei ulike ressursane som kommunane har. Dersom ein kan auke kompetansen til helsepersonellet i lindrande behandling, vil det gjerne føre til færre sjukehusinnleggingar i den palliative fasen. Dette kan vere med på å verne om integriteten til pasienten i den grad at pasienten slepp sjukehustransport, innlegging og relasjon til nytt helsepersonell. Som nemnt i teorien er det viktig å ha ein ressursjukepleiar innan lindrande behandling som jobbar ved avdelinga. Dette kan bidra til å styrke det tverrfaglege samarbeidet, som igjen kan bidra til å fremje pasienten sine rettigheitar.

Som tidlegare presentert i teorien er FN si erklæring om den døyande sine rettigheiter ein sentral del av ein verdig død. Ein må vite kva pasienten ynskjer å kartleggje verdiar og behov gjennom samtale med pasient og pårørande. Dette bidreg til å verne om integriteten til pasienten, og pårørande kan oppleve å føle tillitt og få ein god oppleving rundt situasjonen dei er i (NOU, 1999: 2, 1999, s. 34-35). Av eigne personelge erfaringar kan det vere med fordel at dette blir kartlagt tidleg i forløpet. Dette for at pasienten fortsatt er i sin habituale tilstand og eigne synspunkt og ynskjer på best mogleg måte kjem fram.

## 5.2 Sjeldan kurere, ofte lindre, alltid trøyste

Som vist i teorien blir befolkninga eldre, sjukdommane meir samansette og palliasjon er i vinden som aldri før. Det skal bli iverksatt tiltak som lindrar pasientens besvær og målet er best oppnåeleg livskvalitet for pasienten og pårørande. Dette støttar Kaasa og Loge (2016) opp med at hovudfokuset innan palliasjon er å oppretthalde eller tilretteleggje for best mogleg livskvalitet hjå pasient og pårørande. For at dette skal skje, må ein bruke ulike kartleggingsmetodar, observere, samhandle med andre yrkesgrupper, kommunisere og ha fagkunnskap innan palliasjon. Det vil som nemnt tidlegare, oppstå visse symptom i den siste fasen til ein pasient som er viktig å lindre for å fremje velvære, oppleving og å verne om integriteten til pasienten. Her må ein sjå på ynskjene til pasient og pårørande. Kartlegging tidleg i fasen kan ha ein positiv effekt fordi ein har eit klart behandlingssopplegg som vil bli avslutta når tida er inne for det. Ein veit på førehand kva pasienten ynskjer, og som sjukepleiar veit ein korleis forløpet skal behandlast. Det blir også mindre sannsynleg å møte på hindringar som kan føre til at pasienten blir krenka og at pårørande opplev lite tilfredsstillande pleie (Loso, 2013).

I den døyande fasen er det fire medikament som blir brukte for å gi god lindring. Det er likevel store individuelle skilnadar på dose. Medikamenta som blir nytta er morfin, haloperidol, midazolam og glycopyrrolat. Desse medikamenta skal lindre liding som ikkje blir lindra på annan måte. Her vil kompetansen innanfor palliasjon spele ei stor rolle, og det kan vere sentralt å kople inn ein ressursjukepleiar eller andre palliative tilbod dersom sjukeheimen ikkje har nok kompetanse (Brenne & Dalene, 2016, ss. 649-650). Sjukepleiaren må stole på eigen fagkunnskap og kompetanse for å vurdere kva medikament som skal verte nytta etter forordning av lege. På den andre sida seier også forskning at kunnskap og haldningar innan smertelindring er mangelfull. Dette må vere tilstades for at pasienten skal vere godt lindra (Granheim, Raaum, Christophersen, & Dihle, 2015). Artikkelen til Brattgjerd og Olsen (2016) set lys på tiltaksplanen Liverpool Care Pathway (heretter kalla LCP) som skal bidra til kvalitetsforsikring av pleie og omsorg ved livets slutt. Tiltaksplanen kan hjelpe sjukepleiarane til å syte for ein verdig og forsvarleg død for pasientar på sjukeheim.

For å lindre dyspné kan ein setje i verk ulike miljøtiltak som kan vere med på å førebygge (Helsedirektoratet, 2015). Det som for det meste blir nytta som symptomlindrande behandling til dette symptomet er opioidar, først og fremst morfin. Dette påverkar pasienten sin sjølv oppleving av pustevanskar. Derfor står slike medikament sentralt i den symptomlindrande behandlinga til pustevanskar (Gulsvik & Halvorsen, 2016, s. 591). Samtidig viser forskning at sjukepleiarar er redde for overdosering med opioidar, noko som resulterer i at pasienten ikkje vert tilfredsstillande lindra

(Granheim, Raaum, Christophersen, & Dihle, 2015). Forordning av opioidid bør vere gjort av lege før behovet inntreff, slik at ein kan vere førebudd. Artikkelen til Brattgjerd og Olsen (2016) støttar opp denne påstanden i den grad at ein alltid skal vere i forkant slik at helsepersonellet kan administrere medikamenta som er forordna, om eventuelle plagar og lidingar skal oppstå.

Kvalme og oppkast er noko som er forventa hjå personar med kort forventa levetid.

Resultatet kan verte dehydrering, ernæringssvikt og elektrolyttforstyrning. Målet her vil i størst mogleg grad vere å behandle den føreliggande årsaka. Dersom dette ikkje er mogleg må ein ty til symptomlindrande behandling. Det finst fleire ikkje-medisinske tiltak som kan nyttast for å i stor grad hindre kvalme og oppkast, samt kvalmestillande medikament som bør nyttast regelmessig og ikkje ved behov (Halvorsen & Aass, 2016, ss. 549-555). Det vert ofte nytta opioidar som har kvalme og brekningar som biverknad (Norsk Legemiddelhåndbok, 2017). På den andre sida ser ein også her at anamnese, klinisk undersøking og supplerande undersøkingar danner fundamentet for behandling. Ei grundig kartlegging vil også bidra til å setje i verk gode tiltak som kan fremje ein tilfredsstillande palliasjon og verdig død (Halvorsen & Aass, 2016, s. 552). Å lindre kvalme og forhindre oppkast er i stor grad ein av dei viktigaste tiltak i fylgje Brenne og Dalene (2016). Dette er fordi det er ein svært belastande tilstand for pasienten.

Munnstell er sentralt i lindrande behandlinga. I den siste fasen vil pasienten i aukande grad byrje å puste gjennom munnen. Eit resultat av dette vil bli tørre slimhinner, sår og soppinfeksjonar. Vidare vil dette føre til ubehag og smerter. Sjukepleiaren vil i stor grad kunne førebygge dette ved dagleg munninspisering samt fukting av slimhinner og lepar. Pårørande integrerast i dette arbeidet ved å fukte munn, slimhinner og lepar. Dette er noko som må bli gjort hyppig. Kommunikasjon og informasjon vil vere sentralt, tryggande og nødvendig (Husebø & Husebø, 2005).

Deliriøse symptom ser ein ofte i slutten av livet, til gamle og sjuke pasientar. I den døyande fasen er delirium ofte ikkje reversibel fordi det er eit teikn på at hjernen er i ferd med å svikte grunna sjukdom. Den kan opptre i form av både hypo- og hyperaktivitet, aggresjon eller i ei blandingsform. Dette kan i stor grad påverke pårørande og fasen kan vere svært belastande. God informasjon er derfor også her svært relevant. Det er viktig å vise empati for pårørande og skape eit trygt relasjonsforhold mellom pasient/pårørande og helsepersonell for å skape eit trygt relasjonsforhold. Også her kan ein trekkje fram at artikkelen til Gjerberg og Bjørndal (2009) og Steindal og Sørbye (2010) får fram at sentrale tema som skal vere tilstades for ein verdig død, er ivaretaking av pårørande og god informasjon. Delirium er ei hyppig årsak til at lindrande sedering blir iverksatt. Haloperidol og midazolam er medikament som ofte vert nytta ved denne tilstanden (Brenne & Dalene, 2016, s. 645).



### 5.3 Ivaretaking og den vanskelege samtalen

For å opparbeide eit godt samarbeid og samhandling mellom pasient/pårørande og helsepersonell er det nødvendig å skape eit tillitsforhald. For at dette forholdet skal oppstå, må dialog og gjensidig forhandling mellom partane vere eit faktum. Som nemnt i teorien, har 4-perspektivmodellen i kommunikasjon ei sentral rolle her og lagar grunnlaget for korleis situasjonen og samhandlinga blir. Det er viktig at helsepersonell forstår situasjonen pårørande og pasienten er i og møter dei med forståing, empati og respekt (Røkenes & Hanssen, 2002, s. 39). Alle artiklane eg tidlegare har presentert, tek føre seg viktigheita med kommunikasjon, informasjon og fagkunnskap for å fremje ein verdig død for pasienten. Artiklane til Steindal og Sørbye (2010) og Gjerberg og Bjørndal (2009) støttar opp under dette med å presenterer at det essensielle og ein grunnleggjande føresetnad for ein verdig død var god kommunikasjon mellom pårørande og tilsette.

Vidare kan ein sjå at kontinuitet i arbeidssituasjon og at pasienten og pårørande slepp å forhalde seg til mange forskjellige kan ha ein gunstig effekt. Tillitsforhold kan styrkast, pårørande slepp å stadig forklare kva dei ynskjer og helsepersonellet kjenner til pasienten sine verdiar og ynskjer. Dette kan vidare sjåast i artikkelen til Roscoe og Hyer (2008) som seier at den kognitive funksjonen til ein pasient spelte ei rolle for om pasienten fekk dekkja sine livskvalitetsdomener. Som nemnt i teorien er ofte pasienten sedert og i stor grad ute av stand for å gjere greie for kva han eller ho ynskjer. Med god kommunikasjon og samhandling vil det i større grad verte mogleg å fylje opp verdiane til pasienten, verne om integriteten og ivareta pårørande. På denne måten vil ein også ivareta dei åndelege og eksistensielle behova til pasienten, slik at ein på ein grunnleggjande og verdig måte respekterer pasienten sine ynskjer og dekkjer pasientens behov.

For at ein skal kunne oppnå god samhandling mellom helsepersonell og pasient/pårørande, må det vere nokre føresetnadar tilstades. Som Kari Martinsen seier, relasjonen mellom to menneskjer oppstår gjennom fellesskap, solidaritet og gjensidigheit utan forventning om gjengjeld (Kirkevold, 2014). På denne måten vil ein kunne tileigne seg god kontakt som bidreg til å fremje velvære for dei involverte.

I den siste fasen til eit menneskje kan ein møte på etiske dilemma. Ein bør alltid vere i forkant, kartleggje behov, ynskjer og korleis forløpet skal gå. Dette kan bidra til at pasient og pårørande er betre rusta og førebudd på tida som kjem. På den andre sida kan det opplevast som vanskeleg å utføre denne type samtale medan pasienten fortsatt er klår og orientert. Artikkelen til Brattgjerd og

Olsen (2016) seier likevel at det er svært hensiktsmessig fordi erfaringane tilseier at pårørande då ikkje opplev den siste tida som like vanskeleg. LCP gjorde også til å bevisstgjere at pasienten var døydde. Dette kan bidra til at pasienten ikkje blir overbehandla og at den siste tida til pasienten skal pregast av verdigheit. Omsorga skal vere etisk forsvarleg og som sjukepleiar skal ein alltid vurdere nytten av medikament og tiltak i samråd med lege. Artikkane til Gjerberg og Bjørndal (2009) og Steindal og Sørbye (2010) tek som tidlegare nemnt føre seg viktigheita av fagkunnskap om kompetanse som igjen støttar opp om kva kvalitet sjukepleiaren kan yte av helsehjelp og kva måte sjukepleiaren kan gi omsorg på, i den siste fasen i livet. På den andre sida må ein forsikre seg om at pasienten får den palliative pleia som trengst til døden inntreff (Husebø & Husebø, Palliativ plan – eldreomsorg).

For å kunne yte den beste sjukepleien, må sjukepleiaren sjå på psykososiale forhold. Tidleg kartlegging vil kunne bidra til ein verdig slutt på livet. Det kan vere mange faktorar rundt pasienten som spelar ei positiv eller negativ rolle for opplevinga av dette. Ein må sjå på føreliggande og potensielle problem til pasienten og om det er ulike bekymringar pasienten har. Husebø (1998) seier at kartlegginga kan bidra til å førebygge store sorgreaksjonar som ofte kjem fram i forhold til uhelberedeleg sjukdom. Frå tidlegare praksiserfaring har eg sett at til betre ein har kartlagt situasjon og ynskjer, til betre rusta er ein for å unngå konflikter, problem og livsforlengande behandling.

Brenne og Dalene (2016) seier at når ein medisinsk intervensjon blir trekt attende, er dette å sjåast som behandlingbegresing. Dette blir underbygd med at pasienten ikkje skal gjennomgå unødvendig behandling som gjerne kan gi meir belastning enn godgjersle. Informasjonen bør gjevast i god for at pårørande i størst mogleg grad er førebudd på det som skal skje. Denne påstanden støttar artikkelen til Brattgjerd og Olsen (2016) opp i den grad at tidleg kartlegging kunne fremje ein verdig død fordi ein var i forkant, ein måtte sjå heile pasienten og ikkje overbehandle. På den andre sida må ein også som helsepersonell sjå det frå dei berørte partane si side. Det er snakk om liv og død, det kan oppstå krise- og gjerne reaksjonar (Finset, 2016, ss. 62-63). Gjerberg og Bjørndal (2009) og Steindal og Sørbye (2010) seier begge at relasjon og god kommunikasjon mellom pasient/pårørande og ansatte var ein viktig føresetnad for ein verdig død. Dette støttar Kari Martinsen ved å fremje viktigheita med ein god relasjon mellom dei ulike partane som kan bidra til god samhandling, kommunikasjon og moglegheit til å dekke dei ulike fysiske og psykiske behova.

## 6 Konklusjon

Eg ser både utifrå teori, drøfting og egne erfaringar at kartlegging kan vere nøkkelen til suksess. Dersom ein kartlegg godt, vil ein kunne bidra til å lindre smertene betre, dekkje fysiske og psykiske behov både til pasient og pårørande, og det ligg til grunn for eit godt samarbeid med dei involverte partane. Dette vil kunne bidra til å fremje ein verdig død for pasienten og pårørande vil kunne oppleve situasjonen som trygg. På denne måten kan eg som sjukepleiar bidra til ein verdig død for ein palliativ pasient på ein god, dekkjande og grunnleggande måte.

Kontinuiteten på sjukeheimen har mykje å seie samhandlinga. Om personalet kjenner pasienten og pårørande godt, vil dei etter mi meining i større grad kunna byggja eit godt relasjonsband som fremjar velværet. Kommunikasjonen som er heilt nødvendig for at eit godt samarbeid skal oppstå, vil i større grad verte lettare å få til dersom dei involverte partane har noko kjennskap til kvarandre.

På systemnivå må ein også sjå på ressursane sjukeheimen har, og om tilgangen på utstyr er god nok for å kunne utføre tilstrekkeleg god lindrande behandling. Ein sjukepleiar på ein sjukeheim jobbar mykje meir sjølvstendig enn ein sjukepleiar som jobbar på sjukehus. Det er derfor svært viktig å inneha god kunnskap og observere pasienten på ein god måte. Dette vil igjen kunne føre til tillit frå pasient og pårørande fordi dei kan oppleve tilfredsstillande pleie og tryggleik.

For at ein på best mogleg måte skal kunne fremje ein verdig død for ein palliativ pasient, må ein tenkje på at alle er ulike og har ulike behov. I den palliative fasen er det ulike symptom som oppstår og som sjukepleiar må ein observere og vurdere ut frå det kliniske aspektet og samarbeide tverrfagleg med ulike faggrupper. Om ein viser denne kompetansen kan det bidra til at pasienten og pårørande opplev tryggleik, ein kan unngå sjukehusinnleggingar og ein bidreg igjen til at pasienten kan få døy i kjende omgivadar, med kjent personell, pårørande rundt seg og på eit kjent rom.

## 7 Bibliografi

- Aakre, M. (2011). Ja til verdighet. *Sykepleien.no*. Henta Mai 04, 2017:  
<https://sykepleien.no/etikk/2011/02/ja-til-verdighet>
- Amendor, B. (2011). Smerte - en subjektiv opplevelse. *NDLA.no*. Henta April 26, 2017:  
<http://ndla.no/nb/node/54902?fag=52>
- Bergland, Å., Vibe, O., & Martinussen, N. (2010, 27. januar). Hvordan få sykepleiere til å se på sykehjem som en fremtidig arbeidsplass? *Sykepleien.no*, 98(1), 52-54. Henta Mai 08, 2017: <https://sykepleien.no/forskning/2010/01/hvordan-fa-sykepleiere-til-se-pa-sykehjem-som-en-fremtidig-arbeidsplass>
- Brattgjerd, M., & Olsen, R. (2016). Omsorg ved livets slutt - En kvalitativ studie av sykepleieres erfaringer med bruk av Liverpool Care Pathway i sykehjem. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 2(3), 189-201. Henta 9. mai 2017: doi: 10.18261/issn.2387-5984-2016-03-05
- Brenden, K.Ø. (2012, 6. februar). Hva slags rettigheter har den døende? Henta 26. april: <https://www.nsf.no/vis-artikkel/816663/1212089/Hva-slags-rettigheter-har-den-doende>
- Brenne, A.-T., & Dalene, R. (2016). Kapittel 49 Symptomlindring av den døende pasienten. I S. Kaasa, & J. Loge (Red.), *Palliasjon* (ss. 638-651). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Den norske legeforening. (2001, 1. oktober). Kapittel 6: Et liv med verdighet - til det siste. Henta 24. april, 2017 frå: <http://legeforeningen.no/emner/andre-emner/publikasjoner/statusrapporter/statusrapport-om-situasjonen-i-helsetjenesten-nar-du-blir-gammel-og-ingen-vil-ha-deg/kapittel-6-et-liv-med-verdighet-til-det-siste2/>
- Finset, A. (2016). Kapittel 3 Atferdsmessige og psykologiske forhold. I S. Kaasa, & J. Loge (Red.), *Palliasjon* (ss. 62-72). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

- Foreningen Retten til en verdig død. (2016, 31. mars). Verdig liv - verdig død aktiv, frivillig selvbestemt livsavslutning kan være den ultimate livshjelp. Henta 4. Mai 2017:<https://www.nsf.no/Content/2914228/cache=20161309131859/Retten%20til%20en%20verdig%20d%C3%B8d.pdf>
- Gjerberg, E., & Bjørndal, A. (2009). Hva er en god død i sykehjem? *Sykepleien.no*, 2(3), 174-180. Henta 9. mai, 2017: <https://sykepleien.no/forskning/2009/03/hva-er-en-god-dod-i-sykehjem>
- Granheim, T., Raaum, K., Christophersen, K.-A., & Dihle, A. (2015). Sykepleieres og studenters kunnskap og holdninger til smerte og smertelindring hos voksne. *Sykepleien.no*, 10(4), 326-334. Henta 9. mai 2017: doi: 10.4220/Sykepleienf.2015.55983
- Gulsvik, A., & Halvorsen, T. (2016). Kapittel 45 Pustebesvær. I S. Kaasa, & J. Loge (Red.), *Palliasjon* (3. utg., ss. 583-593). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Halvorsen, T., & Aass, N. (2016). Kapittel 42 Kvalme og oppkast. I S. Kaasa, & J. Loge (Red.), *Palliasjon* (3. utg., ss. 549-559). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Haugen, D., & Aass, N. (2016). Kapittel 7 Organisering av palliative tilbud. I S. Kaasa, & J. Loge (Red.), *Palliasjon* (3. utg., ss. 111-125). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Helsedirektoratet. (2015, 15. mars). Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen. Henta 25. april 2017: <http://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/palliasjon/innledning-revidert/definisjon-av-palliasjon>
- Helsedirektoratet. (2015, 26. mars). Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen. Henta 9. mai 2017: <http://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/palliasjon/4.symptomer-og-tilstander/dyspn%C3%A9/forebygging>
- Hem, E. (2013). Pasient, klient, bruker eller kunde? *Tidsskriftet Den norske legeforening*, 133(8), 821. Henta 4. mai 2017: doi: 10.4045/tidsskr.13.0527

- Hirsch, A., & Røen, I. (2016). Kapittel 24 Ivaretagelse av åndelige og eksistensielle behov. I S. Kaasa, & J. Loge (Red.), *Palliasjon* (3. utg., ss. 315-325). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Hjermstad, M., & Herlofson, B. (2016). Kapittel 50 Tann- og munnhuleplager. I S. Kaasa, & J. Loge (Red.), *Palliasjon* (3. utg., ss. 653-669). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Hummelvoll, J. (2012). *Helt - ikke stykkevis og delt*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Husebø, B., & Husebø, S. (2005). Sykehjemmene som arena for terminal omsorg – hvordan gjør vi det i praksis? *Tidsskriftet Den norske legeforening*, 125(10), 1352-1354. Hentet 9. mai, 2017: <http://tidsskriftet.no/2005/05/tema-sykehjemsmedisin/sykehjemmene-som-arena-terminal-omsorg-hvordan-gjor-vi-det-i-praksis>
- Husebø, S. & Klaschik, E. (1998). *Palliativ medisin - omsorg ved livets slutt*. Bergen: Eide forlag.
- Husebø, S., & Husebø, B. (u.d.). Palliativ plan – eldreomsorg. *Verdighetscenteret*. Henta 24. april 2017: <http://www.verdighetscenteret.no/fagutvikling-og-fagstoff/omsorg-ved-livets-slutt/palliativ-plan-eldreomsorg/>
- Kirkevold, M. (2015). Kapittel 11 Samarbeid med pasient og pårørende. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie God omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., ss. 145-160). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Kirkevold, M. (1998). *Sykepleierteorier - analyse og evaluering* (2. utg.). Oslo: Ad Notam Gyldendal AS.
- Kirkevold, M. (2014, 5. desember). Sykepleieteori. Henta 3. mai 2017: <https://sml.snl.no/sykepleieteori>
- Kristoffersen, N. (2011). Kapittel 5 Sykepleie - kunnskap og kompetanse. I G. H. Grimsbø, N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, & E.-A. Skaug (Red.), *Bind 1 Grunnleggende sykepleie* (ss. 161-195). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

- Loge, J., Hjermsstad, M., & Løhre, E. (2016). Kapittel 37 Delirium. I S. Kaasa, & J. Loge (Red.), *Palliasjon* (3. utg., ss. 501-510). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Loso, A. (2013, ). Systematisk observasjon er viktig. *Sykepleien.no*, *8(4)*, 333-333. Henta 9. mai 2017: <https://sykepleien.no/2013/12/systematisk-observasjon-er-viktig>
- L20.1.2. Opioidanalgetika (2017). *Norsk legemiddelhåndbok*. Henta 9. mai 2017: <http://legemiddelhandboka.no/Generelle/78882>
- Magelssen, M., & Fredheim, O. (2011). En åndelig dimensjon er viktig for mange pasienter. *Tidsskriftet Den norske legeforening*, *131(2)*, 138-140. Henta 3. mai 2017: <http://tidsskriftet.no/2011/01/kronikk/en-andelig-dimensjon-er-viktig-mange-pasienter>
- Norsk Sykepleierforbund. (2016, 25. mai). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Henta 8. mai 2017: <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17102/Yrkesetiske-retningslinjer>
- NOU 1999:2. (1999). *Livshjelp - Behandling, pleie og omsorg for uhelbredelig syke og døende*. Henta 9. Mai 2017: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-1999-2/id141460/sec6>
- Pasient- og brukerrettighetsloven –pbrl. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. Henta 9. mai 2017: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Røkenes, O., & Hanssen, P.-H. (2002). *Bære eller breste* (3. utg.,). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke.
- Renolen, Å. (2008). *Forståelse av mennesker - innføring i psykologi for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Steindal, S., & Sørbye, L. (2010). Er sykehjemmet et verdig sted å dø? *Sykepleien.no*, *5(2)*, 138-145 Henta 8. mai 2017: doi: 10.4220/sykepleienf.2010.0073
- Trier, E. (2013). 17 Lindrende sykepleie. I U. Knutstad (Red.), *Utøvelse av klinisk sykepleie - sykepleieboken 3* (2. utg., ss. 892-944). Oslo: Cappelen Damm AS.

Verdighetsgarantiforskriften (2010). *Forskrift om en verdig eldreomsorg*. Henta 8. mai  
2017: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2010-11-12-1426>



## 8 Vedlegg 1

Søkedato	Database	Søkeord	Avgrensing	Antal treff	Antal artiklar som vert nytta
15/4-17	ORIA	Palliasjon OG sykehjem		39	1
21/4-17	Sykepleien.no/forskning	Sykehjem OG verdig død		36	1
16/4-17	Cochrane Library	Hospice care	Cochrane reviews	6	1
16/4-17	Sykepleien.no/forskning	Sykehjem OG verdighet	Forskning	91	1