



Høgskulen på Vestlandet

Sykepleie, forskning og fagutvikling (Bacheloroppgave)

SYKHB3001

Predefinert informasjon

Startdato:	25-02-2019 09:00	Termin:	2019 VÅR
Slutt dato:	25-04-2019 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F + Bestått)
Eksamensform:	Sykepleie, forskning og fagutvikling, Bacheloroppgave		
SIS-kode:	203 SYKHB30011 PRO1 2018 HØST Haugesund		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.: 64

Informasjon fra deltaker

Tittel *: Værdighet og livskvalitet inom palliativ uård på vârdhem

Antall ord *: 8858

Engelsk tittel *: Dignity and quality of life in palliative care in nursing homes

Egenerklæring *: Ja **Inneholder besvarelsen Nei**
konfidensiell materiale?:

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

Jeg godkjenner avtalen om publisering av bacheloroppgaven min *

Ja



BACHELOROPPGAVE

Värdighet och livskvalitet inom palliativ vård på
vårdhem

Dignity and quality of life in palliative care in nursing
homes

Kandidatnummer 64

Bachelor i sykepleie

Fakultet for helse – og sosialvitenskap

Institutt for helse – og omsorgsvitenskap,

Campus Haugesund

Innlevering 25.04.19 kl 14:00

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, § 10.

Sammanfattning

Titel: Världighet och livskvalitet inom palliativ vård på vårdhem.

Bakgrund för val av tema: I Norge dör 48% av alla äldre på vårdhem. Som sjuksköterska har man ett ansvar för att säkra bäst möjlig palliativ vård för denna patientgruppen då dom är utsatt för komorbiditet som leder till en komplex sjukdomsbild och förlust av världighet. Sjuksköterskan behöver god kompetens, kunskap och engagemang för att kunna bäst möta den döende och dennes närmaste anhöriga. Det är inte alla sjuksköterskor som har den kunskap eller kompetens som behövs för att på upprätthålla upplevelsen av världighet och livskvalitet inom dagens sjukvård, och detta skapar ett problem för den döende äldre patienten.

Problemställning: Hur kan man bidra till att säkra patientens livskvalitet samt världighet vid palliativ omvårdnad på vårdhem?

Avsikt: Detta examensarbetet ska belysa ovanstående problemställning, samt bidra till ökad kunskap för både studenter, sjuksköterskor, anställda på vårdhem och anhöriga.

Metod: Systematisk litteraturstudie, där forskningsartiklar och teori har blivit analyserat, värderat och ska ge bäst möjliga svar på problemställningen.

Resultat: Palliativ vård på vårdhem är ibland en svår uppgift för sjuksköterskan då man kan stöta på många dilemman, praktiska och etiska. Bristen på resurser eller kompetens går ut över världigheten till patienten, både i vardagen och i den palliativa omvårdnaden. Detta går ut över den äldre patienten. Men trots detta så är sjuksköterskan motiverad och engagerad i sina patienter.

Nyckelord: Världighet, livskvalitet, palliativ omvårdnad, vårdhem

Abstract

Title: Dignity and quality of life in palliative care in nursing homes.

Background: In Norway, 48% of all elderly people die in nursing homes. As a nurse, one has a responsibility to secure the best possible palliative care for this patient group since they are exposed to comorbidity which leads to a complex disease picture and loss of dignity. The nurse needs good skills, knowledge and commitment in order to be able to best meet the dying and his closest relatives. Not all nurses have the knowledge or skills needed to maintain the experience of dignity and quality of life in today's healthcare, and this creates a problem for the dying elderly patient.

Question: How can one help to ensure the patient's quality of life and dignity in palliative care in nursing homes?

Aim and objectives: This thesis project should highlight the above problem, and contribute to increased knowledge for both students, nurses, employees at nursing homes and relatives.

Methods: Systematic literature study, in which research articles and theory have been analyzed, evaluated and should give the best possible answer to the problem.

Results: Palliative care at nursing homes is sometimes a difficult task for the nurse, as many dilemmas, practical and ethical can be encountered. The lack of resources or competence goes beyond the dignity of the patient, both in everyday life and in the palliative care. This goes beyond the older patient. But despite this, the nurse is motivated and engaged in his patients.

Keywords: Dignity, quality of life, palliative care, nursing home.

Innehåll

1.0	Inledning.....	6
1.1	Precisering och avgränsning av problemställning.....	7
1.2	Palliativ vård.....	7
1.3	Vårdhem.....	7
2.0	Teori.....	9
2.1	Livskvalitet.....	9
2.2	Värdighet.....	9
2.3	Joyce Travelbees omvårdnadsteori.....	10
3.0	Metod.....	12
3.1	Presentation av litteraturstudie som metod.....	12
3.2	Praktiskt förfarande och sökandeprocessen.....	12
3.3	Källkritik.....	13
3.4	Etik.....	14
3.5	Metodkritik.....	14
4.0	Resultat.....	15
4.1	Värdighets bevarande vårdåtgärder inom palliativ omvårdnad.....	15
4.2	Bevarandet av värdighet inom palliativ omvårdnad på vårdhem.....	15
4.3	Miljödesign för palliativ omvårdnad.....	16
4.4	Sjukvård för döende patienter på vårdhem.....	17
4.5	Sammanfattning av artiklarna.....	17
5.0	Argumentering.....	18
5.1	Kommunikationens betydning i möte med patienten.....	18
5.2	Lägga tillräkta för lindring och stöd.....	21
5.3	Bevara värdigheten och upprätthålla god livskvalitet.....	23
6.0	Avslutning.....	27
	Referenser.....	28

Figurlista

Figur 1 – Chochinovs värdighetsmodell.....	10
--	----

Bilagor

Bilaga 1 – Lista över valda artiklar.....	32
Bilaga 2 – Checklistor för värdering av artiklar.....	33

1.0 Inledning

Det är många som bor på äldreboende i Norge i dag, av dem är det ca 48% som dör medan de bor där (Brodtkorb, Skisland, Slettebø, & Skaar, 2017). Detta är något som ökar stadigt varje år. Det är personalen som ska sitta på kunskapen, erfarenheten, makten och regin när det kommer till att ta tillvara på den döende på ett äldreboende. Komorbiditet kvarstår också i livets slutfas, detta leder till att de som ska ge vård och omsorg till den döende, kommer att få möta denna komplexa sjukdomsbild. Sjuksköterskor behöver kunskap om inverkan av olika sjukdomar, vad som är viktiga mål och önskningar för personen i denna slutfas. Samt hur vård och omsorg för denna målgruppen påverkar anhöriga och vårdpersonal. Att ta hand om patienter vid livets slut och deras anhöriga kräver etisk kunskap, engagemang och reflexion så att medvetna handlingar synliggörs i uppträdande och färdighet (Gro, 2016, s. 522). För att kunna erbjuda god palliativ vård till patienter som befinner sig i livets slutskede krävs mer utbildning och större arbetskraft (WHO, 2018).

International Council of Nurses etiska kod (ICN, 2017) innefattar hur sjuksköterskor runt om i världen, oberoende av lagar, ska förhålla sig inom sjukvården. I sjuksköterskans ansvarsområde ingår främjande av hälsa, att återställa hälsa, lindra lidande och förebygga sjukdom. Att arbeta utifrån mänskliga rättigheter, trosuppfattningar och bedömningar gentemot den enskilda individen och dess familj. Sjuksköterskan ska arbeta respektfullt, trovärdigt, lyhört samt bibehålla patientens integritet (ICN, 2017). I tillägg så finns värdighetsgarantin (Helse – og omsorgsdepartementet, 2010), som berättar för oss vilka krav det är som måste uppfyllas för att man ska kunna upprätthålla en god äldreomsorg.

Syftet med denna studien är att belysa hur man bäst ska kunna bidra inom vården för att bevara patientens värdighet och livskvalitet inom palliativ vård. Palliativ vård är en aktiv helhetsvård, där patientens omvårdnad ska vara i centrum. En av huvuduppgifterna för en sjuksköterska är att bidra till att patienten får uppleva en bra livskvalitet (Mathisen, 2016, s. 415).

Jag har genom praktik i skolans regi, samt genom arbete som assistent på vårdhem. Det jag har upplevt är att anställda ofta inte har tid till annat än de grundläggande behoven som mat, hygien och mediciner. Även om dessa lägger en grund till en persons livskvalitet och värdighet så är det ett minimum som tillgodoses. Det är viktigt att en patient som bor på vårdhem får uppleva att bli gott omhändertagen under sin sista tid när de är i en palliativ fas, och tillslut en värdig död. Genom att skriva om detta tema, hoppas jag på att få vidare kunskap om hur detta problem kan förebyggas inom vårdhem. Med denna bakgrunden har jag kommit fram till följande problemställning: Hur kan man bidra till att säkra patientens livskvalitet samt värdighet vid palliativ omvårdnad på vårdhem?

1.1 Precisering och avgränsning av problemställning

Utgångspunkten är äldre patienter på vårdhem som är i den palliativa fasen av livet. Det är inte någon avgränsning på den palliativa fasen, detta på grund av att den kan sträcka ut sig från att vara bara ett par dagar till flera månader. Dessutom är denna patientgruppen väldigt utsatt för komorbiditet, dom har olika diagnoser och tillstånd som ger individuella skillnader på varje patients palliativa fas. Dom avgränsningar jag har valt är livskvalitet, värdighet och palliativ omvårdnad på vårdhem. Grunden till att jag har valt just vårdhem är för att jag önskar att utvidga min egen kunskap inom detta området, samt att det är ett relevant tema med just palliativ omvårdnad i den typen institutionell miljö.

1.2 Palliativ vård

Med palliation menas det en aktiv behandling, omvårdnad och omsorg för patienter med obotlig sjukdom och kort förväntad levnadstid. Huvudfokuset ligger i att man ska lindra patientens fysiska smärtor samt andra plågsamma symtom. Samtidigt ska åtgärder som är riktade mot psykiska, sociala och andliga/existentiella problem stå centralt. Målet med palliativ sjukvård är bäst möjlig livskvalitet för patienten och anhöriga. Palliativ behandling varken påskyndar döden eller förlänger dödsprocessen, man ser på det som en del av livet (Mathisen, 2016, s. 412), (Helsedirektoratet, 2015).

WHO definierar palliativ vård som en holistisk vård, där vården av patienter i ett skede av en sjukdom inte längre svarar på en botande behandling. Det är ett tillvägagångssätt som ska lägga tillräkta för livskvalitet, inte bara för patienten men också för dennes familj som är drabbad av en livshotande sjukdom (WHO, 2015).

När patienten kommer till en punkt där sjukdomen gått så långt att det inte längre är meningsfullt att behandla, och istället blir skadligt eller orsakar ett ökat lidande, ska ett brytpunktsamtal hållas. Brytpunktsamtal är ett medicinskt inriktningsbeslut som tas av läkare, men sjuksköterskor bör initiera det. Samtalet eftersträvar att patienten och dennes anhöriga får möjlighet till att påverka hur den sista tiden i livet skall bli (Socialstyrelsen, 2015). Sjuksköterskans stöd och vägledning i samtalet genererar delaktighet och valfrihet i hur patienten vill utforma sin vård och sista tid (Palliativregisteret, 2015).

1.3 Vårdhem

Vårdhem som boendeform fungerar idag som ett hem för människor som har ett för stort hjälpbehov för att kunna bo kvar hemma. På vårdhemmet täcks patientens behov för medicinsk efterbehandling och uppföljning. I situationer där anhöriga behöver avlastning, kan vårdhemmet erbjuda avlastnings

möjligheter av kortare varaktighet. Många äldre tillbringar den sista delen av livet sitt på vårdhem när långt gången sjukdom eller demens och ett stort vårdbehov gör det omöjligt för dem att bo kvar hemma (Kristoffersen, 2016, s. 212). Invånare på vårdhem bor juridiskt sett på en institution, och har enligt vårdhemsföreskriften (Helse – og omsorgsdepartementet, 1989) krav på heldygnsvård – och omvårdnadstjänster, organiserad läkarvård, fysioterapi samt tandvård (Brodtkorb & Ranhoff, 2016, s. 199).

2.0 Teori

I denna delen ska jag förklara vad livskvalitet och värdighet är, och varför det är viktiga behov att tillgodose hos den döende. Joyce Travelbees omvårdnadsteori har blivit valt på grund av hennes relevanta insats om begreppet värdighet och sjuksköterskans roll samt funktion, som är viktigt för problemställningen.

2.1 Livskvalitet

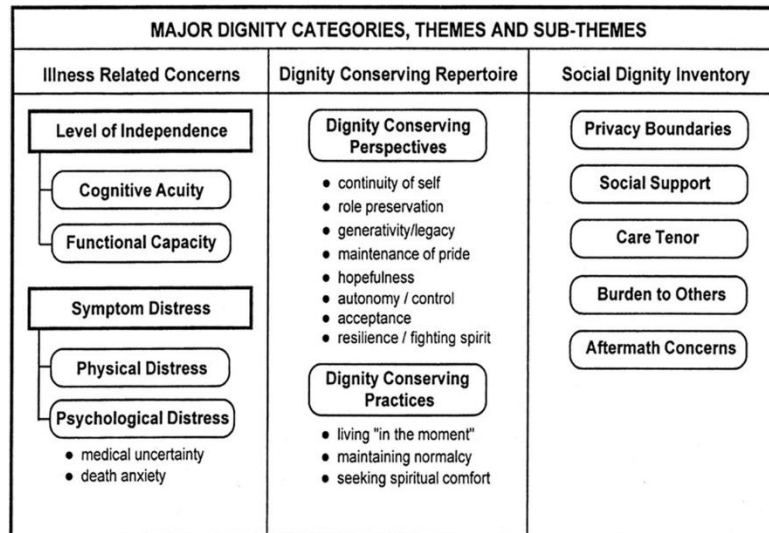
Livskvalitet är för dom flesta ett känt begrepp, men det har många olika dimensioner och rymmer olika saker pga. att det är ett abstrakt begrepp. Hälsorelaterad livskvalitet reflekterar patientens subjektiva värdering av hur sjukdomen och/eller behandlingen påverkar deras fysiska, psykiska och sociala funktion samt välbefinnande (Østensen & Wahl, 2016, s. 289). Den polske filosofen Wladyslaw Tatarkiewicz definierar sex olika punkter som viktiga i sin definition av livskvalitet, att det borde gälla hela livet och reflekterar ett idealtillstånd (Rustøen, 2016, s. 81). Han använder begreppet *happiness*, som direkt översatt betyder lycka. Med detta har han definierat lycka som tillfredsställelse med livet som helhet. Denna definitionen måste då bli lik en definition av livskvalitet (Rustøen, 2016, s. 82). Livskvalitet bör gälla livet som helhet, om den inte gör det så kommer man enbart kunna uppnå en förbättring inom vissa områden av livet. Andra kan inte bestämma vad som ger varje individ bra livskvalitet, det är enbart den individuella personen som har denna kunskapen (Rustøen, 2016, s. 83).

Psykologen Siri Næss har varit en pionjär i Norge med sin definition av livskvalitet, den omfattar fyra punkter som tillsammans ska utgöra livskvalitet. Denna definitionen visar till att livskvalitet är att ha intressen och engagemang, har goda interpersonliga förhållanden, känner sig väl som människa samt är öppen och mottaglig. Begreppet måste kopplas till den individuella personens upplevelser, inte till något man har, gör eller omges utav. Den kan heller inte knytas till personliga egenskaper. Livskvalitet här definieras mer som en känsla av psykiskt välbefinnande (Rustøen, 2016, ss. 84 - 85).

2.2 Värdighet

Värdighet kan förstås som ett kärnbegrepp och ett grundläggande etiskt värde i mötet mellan vårdpersonal och patient inom sjukvården (Heggestad, 2015, s. 23). Man ser att varje människa har en inneboende och okränkbar värdighet (Heggestad, 2015, s. 24). Från ett vårdvetenskapligt perspektiv innebär värdighet att alla människor har en inneboende absolut värdighet som alltid finns och som inte kan kränkas. Värdighet består av två dimensioner; en intra-personlig och en relationell värdighet. Den

sista är socialt konstruerad med hjälp av erkännande och bekräftelse från andra i sin omgivning. Chochinovs värdighetsmodell ger en god översikt av olika kategorier av värdighet.



Figur 1 – Chochinovs värdighetsmodell

Bilden är hämtad från Harstade, Blomberg, Benzein, & Östlund (2018) Dignity-conserving care actions in palliative care: an integrative review of Swedish research. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. (s. 17)

Sjuksköterska – patient – interaktionen har definitivt visat att vara av stor betydning för patientens värdighet, självrespekt, självkänsla, mening i livet och därmed välmående (Haugan, 2014, s. 209). I våra etiska riktlinjer står det att "sjuksköterskan har ansvar för en sjukvårdspraxis som lindrar lidandet och bidrar till en värdig död". Även om sjuksköterskan försöker att hjälpa patienten att dö med värdighet och uppleva en god död, kan man uppleva situationer där det inte är möjligt, och blir istället en dålig död. Exempel på det är när behandlingen patienten får kan bli en smärtsam upplevelse istället för lindrande (Kalfoss, 2016, ss. 472 - 473).

2.3 Joyce Travelbees omvårdnadsteori

Enligt Travelbee så har alla människor oavsett bakgrund samma basala behov. Men att styrkan och intensiteten i dessa varierar och uttrycks på olika sätt (Travelbee, 1971, s. 28).

Begreppet hälsa är viktigt påstår Travelbee eftersom professionell omvårdnad handlar om att hjälpa en individ att förebygga sjukdom eller lidande och upprätthålla högsta möjliga hälsonivå (Travelbee, 1971, s. 9).

Travelbees teori anser att kommunikationen mellan sjuksköterska och patient är grundläggande för god vård, alla människor ska ses som likvärdiga och varje patient ska ses som en människa och inte som diagnosen. Hon hävdar att för att förstå vad omvårdnad är och borde vara, måste man ha förståelse för vad som föregår mellan patient och sjuksköterska, hur denna interaktionen kan upplevas och vilka konsekvenser detta kan ha för patienten och dennes tillstånd (Kirkevold, 2012, s. 113). Människan är en unik person som är oersättlig, varje individs hälsa är subjektiv och att uppleva hälsa eller ohälsa är unikt för varje person (Kirkevold, 2012, s. 115).

Samtidigt så är det viktigt att bygga upp ett människa-till-människa-förhållande mellan patienten och sjuksköterskan. Enligt Travelbee ska detta ske genom ett inledande möte där relationen etableras, därefter utvecklas det empati och sympati för att tillslut uppnå ett gensidigt förståelse och kontakt. Empati är en erfarenhet som sker mellan två eller flera individer, det är förmågan att kunna förstå, gå in i eller dela en annan individs psykologiska tillstånd i ett bestämt ögonblick. Resultatet av empati är förmågan att kunna förutse den andra personens handling (Kirkevold, 2012, s. 117). Travelbee karakteriserar förmågan att känna empati som något neutralt – varken god eller dålig. Men empati sker inte utan vidare, det kräver att dom inblandade personerna har lika erfarenheter. Sympati är kopplat upp till en önskan om att lindra en persons lidande. Det kan inte ske om man inte upplever en närhet till den man känner sympati för. Sympati kan vara med på att lätta på lidandet, då patienten inte bär på bördan av lidandet ensam. Det är en hållning, en sorts tankegång och en känsla som kommuniceras till den andra (Kirkevold, 2012, s. 118). I tider med stort behov är insikten om att det finns en varm, känslig och kunnig människa som man kan vända sig till, till hjälp för många sjuka människor (Travelbee, 1971, s. 12).

3.0 Metod

I denna delen ska jag försöka förklara lite närmare om litteraturstudie som metod och tillvägagångssätt som har använts i förhållande till dom olika undersökningarna. Samt skrivprocessen som har använts för att hitta dom ämnen som är mest relevant i förhållande till examensarbetets problemställning samt överordnade tema.

3.1 Presentation av litteraturstudie som metod

Syftet med en litteraturstudie är att se vilken kunskap det finns, samt belysa en problemställning, forskningsfråga eller avsikt. Jag har använt mig utav studier som handlar om palliativ omvårdnad och betydelsen av att skydda en patients livskvalitet samt värdighet. Då detta är ett internationellt tema så har jag sökt igenom material från hela världen. Dalland förklarar att man måste veta vem som har gett ut informationen för att kunna lita på den källa som vi hittar på internet (Dalland, 2017, s. 151).

I ett examensarbete bör man söka efter litteratur som inte är studentlitteratur, och Busch (Busch, 2013, s. 42) skiljer mellan generella inledande böcker, professionell litteratur som går mer på djupet, vetenskapliga artiklar och empiriska vetenskapliga artiklar. Jag har funnit relevant omvårdnadsforskning genom att söka i relevanta hälsovetenskapliga resurs – och tidskriftsdatabaser.

En litteratursökning kan man göra manuellt eller genom att söka igenom en databas (Forsberg & Wengström, 2015, s. 63). Det viktigaste man måste tänka på när det kommer till att genomföra en systematisk litteraturstudie är att det finns tillräckligt många studier av god kvalitet som kan utgöra inte bara grundlaget för värdering men också konklusioner (Forsberg & Wengström, 2015, s 26–27). Det bästa är att hitta och inkludera så mycket relevant forskning som möjligt, men av praktiska och ekonomiska grunder, är detta inte alltid möjligt. Antal studier som man väljer varierar efter hur många artiklar författaren klarar av att hitta, men begränsas också efter dom krav man har ställt till studierna som ska inkluderas (Forsberg & Wengström, 2015, s. 30). Litteraturstudier kan göras på olika sätt, det finns ingen metodmall. Ambitionen måste vara att ha en genomgående god struktur i både genomföring samt rapportering (Christoffersen, Johannessen, Tufte, & Utne, 2015, s. 63).

3.2 Praktiskt förfarande och sökandeprocessen

För att hitta forskningsartiklar så har jag använt mig utav bibliotekets hemsida för att få tillgång till olika databaser. Dom jag primärt använt mig utav har varit Cinahl och SweMed+. Detta är databaser

som innehåller forskning från hela världen och har flera medicinska artiklar (Forsberg & Wengström, 2015, ss. 65, 67). Jag tyckte att Cinahl var den databas som var enklast att använda och 3 av artiklarna jag valde kommer därifrån, 1 artikel är från SweMed+. I Cinahl har jag använt utav engelska ord enbart, medan i SweMed har jag kunnat använda mig av svenska motsvarande ord. Jag började enkelt med att söka på palliativ care i Cinahl, vilket gav ett alltför stort resultat och måste därför kombinera det med andra sökord för att få ett mer målinriktat sökresultat. Genom att läsa igenom aktuella forskningsartiklar fick jag förslag på andra sökord att använda.

Jag har även använt mig utav Google Scholar för att få inspiration. I mitt sök har jag kryssat av ”peer reviewed” och ”research article” samt använt mig utav PICO-modellen (Population, Intervention, Comparison and Outcome). Dom sökord jag har använt mig utav i olika kombinationer är: palliative care/palliativ vård, nursing home/vårdhem, dignity/värdighet, quality of life/livskvalitet, elderly/äldre, nursing interventions/omvårdnadsåtgärder. Forskningsartiklarna jag har använt mig utav har varit av senaste uppdatera version.

Dom valda artiklarna är presenterade i en bilaga: se BILAGA 1.

3.3 Källkritik

Dom fyra forskningsartiklar jag har valt är hämtade från ansedda databaser och valdes ut efter den checklista som finns på Helsebiblioteket (Helsebiblioteket, u.d.): se BILAGA 2.

Inkluderingskriterierna mina var att artiklarna skulle vara vetenskapligt granskade och publicerade under åren 2013 – 2018, eftersom studien ska fokusera på aktuell forskning inom palliativ vård.

Jag har valt att hålla mig inom gränsen av 5 år på forskningsartiklarnas ålder, då ämnesområdet är under konstant utveckling och kunskapen kan fort blir utdaterad. Men ofta är äldre litteratur eller forskning nyttig när man ska reflektera över dom fynd man har gjort och finna det nyaste på forskningsfronten (Dalland, 2017, s. 162). Jag har också valt att se om forskningsartiklarna använt sig utav IMRaD-strukturen, en förkortning för introduktion, metod, resultat och (and) diskussion.

Det är denna strukturen som är det vanligaste sättet att bygga upp en vetenskaplig artikel (Dalland, 2017, s. 163).

Alla artiklarna är publicerade på engelska, och då jag själv har översatt dom till svenska kan det ha uppstått feltolkningar eller missförstånd. Vidare kriterier var att artiklarna skulle vara skrivna på engelska, svenska, eller norska då det är dessa språk som jag behärskar. Artiklarna skulle vara publicerade i vårdvetenskapliga tidskrifter då min studie utgör ett examensarbete inom omvårdnad. Exklusionskriterierna var medicinskt inriktade artiklar som behandlade palliativ vård till barn, endast artiklar med fulltext har använts. Dom artiklar som stämde med urvalskriterierna valdes efter att

abstrakten hade lästs igenom för att se om dom stämde in på studiens syfte. Artiklarna har en tydlig problemformulering och metodbeskrivning: se BILAGA 1.

3.4 Etik

Det är viktigt att etiska överväganden bör göras först innan man påbörjar arbetet med en systematisk litteraturstudie (Forsberg & Wengström, 2015, s. 59). I tillägg så är det ett krav på att det ska göras etiska överväganden på alla vetenskapliga studier (Forsberg & Wengström, 2015, s. 132).

Vetenskapsrådet har gett ut riktlinjer för god medicinsk forskning och betonar att fusk och ohederlighet inte får förekomma inom forskning (Vetenskapsrådet, 2017). Forskningsetik har att göra med planläggning, genomföring och rapportering av forskning. Det handlar om att ta tillvara på personvård och säkra trovärdigheten av forskningsresultaten. Målet med att få ny kunskap och insikt får inte hända på bekostnad av individens integritet och välfärd (Dalland, 2017, s. 236).

Intresset för att inhämta ny kunskap ska alltid vägas mot kravet att skydda de individer som deltar i undersökningar, samt att innan studien påbörjas ska man för varje forskningsprojekt söka etiskt tillstånd vid lokal eller regional etisk kommitté (Forsberg & Wengström, 2015, s. 132).

Då alla artiklarna har redan blivit etiskt kontrollerade, och jag har inte utfört några intervjuer för min egen studie så har jag inte behövt förhålla mig till den etiska hänsynen.

3.5 Metodkritik

Innan jag började att skriva på examensarbetet så skapade jag en projektplan för att kunna arbeta målinriktat och ha en tidsram på arbetet. Jag har följt den så gott som möjligt, men har ibland haft lite motgång pga. det har tagit lite längre tid med att arbeta från engelska/norska till svenska. Till trots för detta så kom jag gott igång med processen och hittade fyra relevanta artiklar genom ett systematiskt litteratursök. Jag har arbetat systematiskt och efter projektplanen, då det hjälpt mig att hålla en god arbetstakt. Att enbart fyra artiklar har använts till arbetet istället för sex är att jag har hittat tillräckligt med god, relevant information som besvarar min problemställning i dom första fyra. Den data jag har funnit har gett en god, solid grund att bygga upp min problemställning på och för att besvara den. Det som har varit en svaghet har varit att det inte alltid har varit lätt att förstå innebörden i den norska litteraturen pga. språket, och har därför lagt ner tid på att hitta motsvarande svensk litteratur för att förbättra min uppfattning av ämnet.

4.0 Resultat

I detta kapitel ska jag presentera dom fynd från forskningen som har blivit valt ut. Jag har valt fyra artiklar för att belysa min problemställning. Två av dom tar upp hur man kan bevara värdighet eller livskvalitet inom palliativ omvårdnad, en artikel visar till hur miljödesign kan ha en positiv effekt på livskvaliteten och den fjärde artikeln tar upp sjuksköterskans upplevelse av att ta hand om värdighet på ett sjukhem.

4.1 Värdighets bevarande vårdåtgärder inom palliativ omvårdnad

I denna integrativa litteraturstudien av Harstade, Blomberg, Benzein & Östlund (2018), har dom som mål att undersöka vårdåtgärder för att säkra patienters värdighet genom att använda ”Dignity Care Intervention” (DCI). DCI adresserar värdighetens multidimensionella bild genom att identifiera patientens värdighetsrelaterade problem och föreslår vårdåtgärder. Tidigare forskning har föreslagit att personer som är i behov av palliativ vård ofta har en förlust av funktion och roller som påverkar den sociala och existentiella självbilden. Dessa individer har dessutom ofta en komplex sjukdomsbild med komorbiditet. Detta tillsammans med insikten att man närmar sig döden, kan leda till en förlust av värdighet. Därför är det viktigt att sjuksköterskorna stöder patienternas värdighet. Eftersom värdighetens uttryck påverkas av kulturen, ansågs en språklig översättning av vårdåtgärder vara otillräcklig, eftersom en systematisk översikt beskriver som vårdåtgärder i ett sunt hälsovårdssammanhang saknades. Därför syftade denna integrativa granskning till förslag från svensk forskningslitteratur om vårdåtgärder relaterade till teman i Chochinovs värdighetsmodell. Förslagna vårdåtgärder inkluderar att lyssna, kommunikation, information, symtomkontroll, underlätta det dagliga livet och inkludera patienter i beslutsfattandet. Dessutom är sjuksköterskornas uppfattningar mot patienterna en kärnstrategi. Översynen erbjuder kulturella relevanta förslag på hur man hanterar specifika värdighetsrelaterade problem, t.ex. självständighetens kontinuitet, bevarandet och upprätthållande av patientens normalitet, självrespekt, autonomi/kontroll, spirituellt komfort osv. Den lägger också vikt på hur viktigt det är att låta patienten vara involverad i det som händer, samt att inkludera och använda anhöriga som en resurs inom den palliativa vården.

4.2 Bevarandet av värdighet inom palliativ omvårdnad på vårdhem

I denna studien till Brodtkorb, Skisland, Slettebø & Skaar (2017) har man använt sig av en kvalitativ och empirisk design och är inspirerad av klinisk tillämpningsforskning, en metod baserad på

hermeneutisk forskningsförståelse. Den är en del av ett större forskningsprojekt om ämnet etiska utmaningar i vården av äldre patienter inom samhällshälsovården. Syftet med denna studien är att undersöka hur hälso – och sjukvårdspersonal påverkas av och hanterar etiska utmaningar när det gäller palliativ vård i vårdhem. En central uppgift i palliativ vård är att tillgodose behoven hos svaga, döende patienter i vårdhem. Fastän en snabb död med god palliativ vård vid slutet av livsfasen ofta ses som ideal, kommer de flesta av oss att dö sakta med gradvis försämring och ökat beroende av andra. I Norge slutar 48% av befolkningen sina liv på ett vårdhem. Palliativ filosofi betonar patientens rätt att vara en unik person till slutet och understryker betydelsen av att stödja familjen. God palliativ vård svarar mot patientens behov och planeras i dialog med patienten och hans / hennes anhöriga. Vårdpersonalens övergripande inställning var palliativ, i den meningen att de huvudsakligen inriktade sig på att göra patientens livslängdsfast så bekväm som möjligt, varken förlänga eller förkorta den. Trots att vårdpersonalens attityd var palliativ, upplevde de vissa ämnen eller situationer som dilemman, och i dessa situationer kände de sig ofta osäkra om vad som var rätt sak att göra. Studien visar att vårdpersonalen strävar efter att bevara värdigheten för sina döende äldre, svaga och ofta kognitivt försämrade patienter samtidigt som de erbjuder palliativ vård i vårdhem. I sina ansträngningar att uppfylla förväntad standard för palliativ vård upplevde de problem som rör livsförlängande behandling och förtydligande samtal med patienter och närstående som etiskt utmanande. Resultaten är i linje med forskning som visar att vårdhem inte tillhandahåller nödvändiga organisationsramar för teammetoden som är känt för att karakterisera kvalitativt god palliativ vård.

4.3 Miljödesign för palliativ omvårdnad

I denna integrerade litteraturoversyn av Sagha Zadeh, Eshelman, Setla, Kennedy, Hon & Basara (2018) har man syntetiserade och sammanfattade forskningsbevis från olika områden som medicin, miljöpsykologi, omvårdnad, palliativ vård, arkitektur, inredning och bevisbaserad design. Den syftar till att organisera och analysera befintliga bevis relaterade till miljödesignfaktorer som förbättrar livskvaliteten och det totala välbefinnandet hos personer som är involverade i palliativ vård och förtydligar riktlinjer för framtida forskning. Detta på grund av att miljön där palliativ vård ges kan stödja eller förringa de fysiska, psykologiska, sociala och andliga behoven hos patienter, deras familjer och deras vårdgivare. De fem viktigaste miljöfaktorerna som visade sig påverka palliativ vård var de som 1) förbättrade social interaktion, 2) positiva distraktioner, 3) integritet, 4) personalisering, 5) skapandet av en hemliknande miljö och omgivande miljö. Eventuella utformningsåtgärder relaterade till dessa ämnen diskuteras. Exempel är förbättring av synlighet och synhåll, kunna se natur, dold medicinsk utrustning, optimering av ljus samt temperatur. Flera studier indikerar flera kritiska komponenter i den fysiska miljön som kan minska total lidande och förbättra livskvaliteten för patienter, anhöriga och deras vårdgivare. Bevis visar till att miljölösningar för att förbättra former av

interaktion har förknippats med ökad förmåga för familjemedlemmar att förespråka patienten, minska patientlidande, ökad vårdnadsnöjdhet, patienten är mindre ensam och positiva samhällsrelationer. Det är både svårt och dyrt att tillhandahålla palliativ vård inom ramen för ett nationellt och globalt hälsovårdssystem som är inriktat på kurativ behandling och rehabilitering.

4.4 Sjukvård för döende patienter på vårdhem

I denna studien av Hov, Hedelin och Athlin (2013) som är en fenomenografisk, kvalitativ studie som beskriver sjuksköterskan uppfattning om vad god omvårdnad är samt möjligheterna för att uppnå god omvårdnad inom palliativ vård på vårdhem. Fyndet visar att omvårdnaden kan vara utmanad inom denna patientgruppen, då det många gånger uppstår tillfällen där vårdpersonalen inte vet om patienten kommer att dö eller fortsätta leva. Dessutom är det ofta att patienterna i denna gruppen kan ha svårt för att kommunicera vad deras önskningar är i förhållande till behandling och åtgärder. Och på bakgrund av detta så kan det vara svårt att sätta igång specifika vårdåtgärder. Till trots för detta så ansåg vårdpersonalen att dom förstod patienternas behov för omvårdnad och omsorg, dom såg vad som måste till för att uppnå bra vård men möjligheterna för att utföra detta blev ofta utsatt för hinder. Ett samarbete mellan personal, anhöriga och patient visar sig vara väldigt viktigt. Att upprätthålla patientens värdighet, blev sett på som en viktig och fundamental del av god omvårdnad, speciellt vid palliativ vård. Sjuksköterskor som blev intervjuade till studien berättar om en konstant sträv att bevara varje individs värdighet, men kände att det oftast var gjort förgäves. Detta ledde till en spänning mellan idealet om hur omvårdnaden för en döende borde vara, i förhållande till det som blev praktiserat. Dom problem som blev identifierade som en del av att hindra god palliativ vård var dålig ekonomi, brist på arbetskraft och brist på personal med rätt kompetens.

4.5 Sammanfattning av artiklarna

Alla fyra artiklarna visar med sina huvudfynd att det är viktigt att ta hänsyn till en patients livskvalitet och värdighet, samtidigt visar dom till hur svårt det kan vara att få detta till. Att ta hänsyn betyder att man ser till dom grundläggande behoven samt önskningar till patienten för att lägga tillrätta en god sista tid i livet. Men även att en god harmonisk miljö runt patienten i slutfasen har en stor betydning för upplevelsen av värdighet. Samtidigt så tas det upp att även dom anhörigas upplevelse av värdighet och livskvalitet är precis lika viktig i det större sammanhanget och inte bör glömmas ut. För att tydliggöra detta mer så har jag valt att argumentera om hur viktig kommunikation är i möte med patienten, vikten att lägga tillrätta för lindring och stöd samt bevara värdigheten och upprätthålla en god livskvalitet.

5.0 Argumentering

I detta kapitlet ska jag argumentera min problemställning upp mot Joyce Travelbees teori om värdighet, forskningsartiklarna och teoridelen. Mina egna erfarenheter och reflektioner ska också framhävas. Argumentering kan beskrivas som ”att argumentera är att diskutera, ta itu med och granska något från olika sidor” (Dalland, 2017, s. 228).

5.1 Kommunikationens betydning i möte med patienten

I studien till Brodtkorb et. Al (2017) framkommer det att den palliativa filosofin betonar patientens rätt till att vara en unik person fram till döden inträffar och understryker vikten av att stödja familjen. God palliativ vård svarar på patientens behov och planeras i dialog med patienten och hans/hennes närmaste anhöriga (Brodtkorb, Skisland, Slettebø, & Skaar, 2017). Men man fant att lite fokus blev placerad på patienten som huvudperson i sin egen beslutsprocess när det kom till livsförlängande åtgärder (Brodtkorb, Skisland, Slettebø, & Skaar, 2017). Det blev konkluderat att man skulle använda sig utav ett inkomstsamtal med patienten och dennes anhöriga. Frågor som handlade om döden och att dö, samt preferenser till medicinsk behandling och hjärtlungräddning skulle vara en del av samtalet. Intentionen av detta är att ta itu med dessa frågor tidigt, innan patienten blir för sjuk eller svag för att delta i beslutsprocessen. En del vårdpersonal var inte övertygade om att denna typen av samtal var av nytta. Man såg däremot genom studien att man behöver en bättre institutionell process när det kommer till kommunikation med patienterna och anhöriga när det kommer till palliativ vård (Brodtkorb, Skisland, Slettebø, & Skaar, 2017). Fynd visade till att bristen på beredskap resulterade i en försämring i kvaliteten av omvårdnaden, och att dessa typer av samtal förbättrade kvaliteten. Det är tyvärr inte standard att ha sådana samtal, delvis för att det betraktas som känsliga frågor (Brodtkorb, Skisland, Slettebø, & Skaar, 2017), (Hov, Hedelin, & Athlin, 2013). Vårdpersonal måste kunna identifiera och balansera en patients behov, samt skapa en tillitsfull relation genom kommunikation. Med detta blir det centralt att kunna tyda dom non-verbala signalerna från en patient när denne är reducerad (Harstade, Blomberg, Benzein, & Östlund, 2018).

I studien till Sagha Zadeh et. Al (2018) visar man till hur viktigt det är med miljön runtomkring den döende. Hur en positiv och bra tillrätta lagd vårdmiljö kan ha direkt effekt på hur patienten klarar av att hantera sin livssituation och inte minst hur det kan hjälpa vårdpersonalen i sin tur i att möta den döendes behov och önskningar. För att kunna säkra grundläggande behov längre än dom rent basala, så visar studien till att även fem andra faktorer bidrar till detta i ett längre och mer djupgående perspektiv. Dessa fem är: social interaktion, positiva distraktioner, integritet och kontroll, personalisering samt den omgivande miljön (Sagha Zadeh, o.a., 2018).

Som sjuksköterska står vi nära patienten, vi upprättar ett människa-till-människa förhållande där kommunikationen är ett av våra viktigaste hjälpmedel i den palliativa omvårdnaden. Att alla människor har dom samma grundläggande behoven och hur viktigt det är att kunna tillgodose dessa för patienten framkommer i omvårdnadsteorin till Travelbee. Men samtidigt påpekas det hur viktigt det är att komma ihåg att det är styrkan och intensiteten i dom som antingen varierar eller uttrycks på olika sätt från patient till patient (Travelbee, 1971, s. 28). Hennes teori lägger också vikt på att god kommunikation mellan sjuksköterska och patient är en av dom grundläggande aspekterna för att upprätta en god omvårdnad (Kirkevold, 2012, s. 113)

I förordningen om kvalitet i vård – och omsorgstjänsterna (Helse – og omsorgsdepartementet, 2003) så redogör man för dom uppgifter och vad som är innehållet i den kommunala hälsotjänsten. Men på vårdhemmet är det vårdpersonalen som har ansvaret för att uppfylla lagarna och förordningarna (Hauge, 2016, s. 269). Att bidra med dom riktiga och nödvändiga hälsotjänsterna till äldre i institution är speciellt krävande för att patienterna är multisjuka, skröpliga, har starkt behov för hjälp, och många har i tillägg kognitiv svikt. Det som också gör det utmanande är att patienternas tillstånd kan svänga mellan stabila och ostabila perioder, samt att symtom hos äldre är diffusa och ospecifika (Hauge, 2016, s. 271).

Man ska hjälpa patienten till att uppleva välmående, eftersträva god smärtlindring då detta är en av dom vanligaste problem hos en patient i palliativ fas. Men samtidigt ska också respirationsproblem samt psykosociala behov tas hand om. Belastningar i denna fasen kan medföra ångest och depressionsliknande reaktioner, vilket leder till att patienten blir nedstämd, ledsen och präglad av sorg inför döden (Lorentsen & Grov, 2016, s. 427). En av vårdfunktionerna är att skydda och ta tillvara på patientens grundläggande behov, ge hjälp och bistånd till att utföra dom vardagliga aktiviteterna (Lorentsen & Grov, 2016, s. 426). Att få medverka i beslutsprocesserna är en viktig dimension för att säkra god kvalitet för patienterna. Da ett vårdhem ofta präglas av rutiner så kan dessa leda till att dom boendes rätt till att bestämma över sina egna liv kan bli översedda. Personal kan tänka att patienterna inte har kompetens till att ta beslut om sina egna liv eller hälsa, på grund av att många av de boende på vårdhem har reducerad kognitiv kapacitet (Hauge, 2016, s. 274). God kommunikation gör det möjligt för patienten och anhöriga att uttrycka sina känslor eller tankar, så att dom kan förmedla sina prioriteringar, värden och behov i den sista delen av livet. Det gör det dessutom lättare för sjuksköterskan och dom andra som är delaktiga i den palliativa behandlingen runt patienten att samarbeta för att ge en helhetlig omsorg. Det finns ett behov för att ha tydlig kommunikation tidigt i patientförloppet, inte bara med patienten själv men också med anhöriga (Brodtkorb, Skisland, Slettebø, & Skaar, 2017). Sjuksköterskan kommunicerar både verbalt och non-verbalt med patienten. Att ha ett ordlöst samtal kräver att man är öppen för livsvärlden, att man verkligen ser den personen man har ett samtal med och att man har förståelse för den situationen som är just där och då (Ekebergh & Dahlberg, 2015, s. 136). Om det är verbalt kan det vara i bekräftande form som ja/nej osv. Den verbala

kommunikationen efterföljs ofta av non-verbala signaler som att man nickar eller skakar på huvudet tillsammans med ett ja/nej (Eide & Eide, 2013, s. 67). Problemet med non-verbal kommunikation är att den måste tolkas, det vi ser och hör kan vara uttryck för något annat än det vi som vårdpersonal uppfattar det som. Detta gör att våra tolkningar är inte alltid helt precisa. Som vårdpersonal kan även vi respondera bekräftande genom att luta oss fram, möta patientens blick och lyssna engagerat till vad den har att säga. Eller agera avvisande genom att t.ex. luta oss mot en vägg eller titta upp i taket, vi speglar då att vi är stressade eller inte har tid. Det är viktigt att lyssna aktivt till både det verbala och non-verbala språket till patienten så att vi får med oss den viktiga informationen denne försöker att kommunicera. Goda kommunikationsfärdigheter är avgörande för att patienten ska känna sig trygg och omhändertagen, medans det motsatta sker om man inte tar sig tid till kommunikation (Eide & Eide, 2018, s. 136). För att en professionell kommunikation ska fungera på ett hjälpande och bekräftande sätt är det viktigt att sjuksköterskan visar att denne lyssnar, följer med och förstår vad patienten säger (Ekebergh & Dahlberg, 2015, s. 136). Som personer är vi grundläggande olika, och vi kan aldrig veta hur vår kommunikation påverkar den andra. Vi är formade av våra olika livserfarenheter och relationer till andra (Eide & Eide, 2018, s. 24).

Mina egna erfarenheter med detta är att jag har upplevt hur bristande kommunikation på ett vårdhem skapar problem för hur dom grundläggande behoven och önskingarna till patienterna nästan helt glöms ut, det som blir kvar är dom rent basala behoven som t.ex. god kroppshygien, mat vid rätt tidpunkt på dagen eller mediciner. Men dom övriga behoven som att få vara social, kunna gå en promenad eller få sitta ute på balkongen en solig dag överses då personalen inte tagit sig tid att lyssna. Dom grundläggande behoven är så mycket mer än enbart det kliniska, att det helhetliga har en tendens att försvinna i tidspressen. Behovet för mänsklig kontakt är viktigt, något som stärks av Siri Næss som betonar att det är kvaliteten på kontakten som utgör en skillnad och inte mängden (Rustøen, 2016, s. 90).

Konklusionen av detta är att kommunikation är en otroligt viktig funktion att upprätthålla när man ska inte bara kartlägga patientens behov, men också för att få ett förstående av vad som är viktigt för just denna individen. En god behandling kan inte planläggas eller sättas igång utan att man först upprättar en bas att börja på, i detta fallet är det att ta sig tiden till att prata med patienten och aktivt lyssna. Det är sant att det inte alltid finns tid eller möjligheter till detta med alla patienter, men då är det ännu viktigare att man ser till dom närmaste anhöriga då dom ofta känner patienten bäst. Kommunikationen måste hållas öppen och fri från konflikt, då problem ofta uppstår när kommunikationen brister. Flera problem uppstår också när vårdpersonalen inte lyssnar till vad patienten eller anhöriga försöker förmedla, om vilka behov som kan finnas för att patienten ska ha det bra i ett helhetligt perspektiv.

5.2 Lägga tillrätta för lindring och stöd

Att dö på ett vårdhem är ofta karakteriserad som ett fredligt accepterande av döden med lite smärtor och andra symtom. Det finns dock omfattande forskning som visar till motsatsen. Studier har visat till att många patienter sliter med smärtor, respirations problem, inkontinens och bristande personlig hygien och bl.a. ökad irritation, depression eller ångest (Hov, Hedelin, & Athlin, 2013).

Vårdpersonalen upplever ofta att den äldre patienten förlorar intresset för mat och dricka. Ofta väljer vårdpersonalen att respektera detta och försöker inte tvinga i patienten näring, men det kan vara svårt att bedöma i detta skedet om patienten är i den sista fasen av livet eller inte (Brodtkorb, Skisland, Slettebø, & Skaar, 2017). Även om dom kliniska symtomen kan visa till att patienten är döende, så framkommer det att ta beslut om att avsluta livsförlängande behandling och påbörja palliativ behandling kan vara svårt för vårdpersonalen. Detta på grund av dilemma om behandlingens lämplighet och aktualitet. En orsak kan vara att vårdpersonal är rädd för att fel beslut kan orsaka mer skada än nytta. Det kan skapa konflikt med målet att få en värdig död (Hov, Hedelin, & Athlin, 2013).

Genom väsentlig omvårdnad så tryggar man patienten en värdigare död, patientens behov för en lindring av sina plågor i denna delen av livets slutfas är inte enbart beroende av medikamenter. Men också finna avlastande positioner i säng för att förebygga trycksår, beskydda huden mot sår orsakad av inkontinens eller smärtlindring. Man ser att det kan uppstå problem med denna balansen när behandling fortsätter mot patientens vilja eller när behandlingen är otillräcklig (Hov, Hedelin, & Athlin, 2013). God palliativ vård kräver samarbete, men också i stor utsträckning på den individuella sjuksköterskans kompetens. Sjuksköterskan behöver god kunskap och erfarenhet för att kunna tillgodose patienten god palliativ vård i livets slutfas (Hov, Hedelin, & Athlin, 2013). När detta saknas så ser man att kvaliteten på den palliativa omvårdnaden försämras, men också tidspress eller ekonomiska nedskärningar är bidragande orsaker (Hov, Hedelin, & Athlin, 2013). Vård av patienter som är i livets slutfas kan ofta uppfattas som en krävande position för sjuksköterskan, denna kravfulla positionen kan upplevas som tung att uthärda och för att skydda sig själv kan det sluta med att sjuksköterskan emotionellt drar sig undan patienten. Att stå upp för patientens bästa i livets slutfas beskrivs som svårt (Hov, Hedelin, & Athlin, 2013).

Travelbee påstår att god professionell omvårdnad betyder att man hjälper en individ att förebygga sjukdom eller lidande, eller som inom palliation att man upprätthåller den högsta möjliga nivån av hälsa (Travelbee, 1971, s. 9). Dessutom så är vårdpersonalens egna erfarenheter till god hjälp när det kommer till att hjälpa patienten. Dessutom så ska det vara viktigare för sjuksköterskan att förhålla sig till patientens upplevelse av sin sjukdom eller lidande än diagnosen (Kirkevold, 2012, s. 115). Detta är sant även i den palliativa slutfasen. Sympati och empati är viktiga egenskaper för att kunna ge god omvårdnad men också för att uppnå en god kontakt med den döende. Detta kallas att bygga upp ett människa-till-människa förhållande (Kirkevold, 2012, s. 117).

Det är inte alltid lätt att skilja mellan kurativ och palliativ fas, detta på grund av att man med ett målriktat och livsförlängande behandlingsutbud kan hålla en obotlig sjukdom i schack över lång tid. Att ta vara på patienten och anhöriga är det centrala målet när patienten närmar sig livets slutfas (Lorentsen & Grov, 2016, s. 423). Palliativ fas beskrivs som en process som startar när en sjukdom anses som obotlig, och avslutas när patienten dör. Syftet är att hjälpa patienten leva tills han/hon dör.

En som är döende har kliniskt observerbara förändringar som tyder på en nära död. Sjuksköterskan måste alltid vara medveten på hur olika beteckningar på patienter i livets slutfas används. En felaktig användning av begreppet kan i värsta fall leda till att patienten får en annan hjälp än vad denne egentligen har behov för (Mathisen, 2016, s. 415). Att utöva sjukvård till denna patientgruppen kräver något speciellt av sjuksköterskan. Möten med dödssjuka patienter, döden och dom anhöriga måste varje sjuksköterska ha ett medvetet förhållande till. Tanken på sin egen död är fruktad av alla och vid palliativ vård av en dödssjuk kan denna tanken bli extra påträngande. Upplevs sådana patienter så skrämmande att man önskar att ta avstånd, kan det bli svårt att hjälpa den sjuka (Mathisen, 2016, s. 416).

Bra lindring och stöd är inte möjligt utan en empatisk närvaro, solid tvärvetenskaplighet och kontinuitet. Det relativa ämnesarbetet baseras på individens lidande och har inga tydliga gränser. En duktig sjuksköterska möter hela människan och vet att vården inte kan standardiseras (Aakre, 2015, s. 51). När vi som vårdpersonal ser att döden är nära, inom dom närmaste timmarna eller dagarna har vi ett speciellt etiskt ansvar. På den ena sidan måste vi förhindra att patientens värdighet kränks genom meningslösa behandlingsåtgärder, åtgärder som kan förlänga lidandet i dödsprocessen. På den andra sidan så måste vi försäkra oss att patienten får den optimala palliativa behandlingen som behövs till han/hon dör. Vi kan inte bota alla patienter, vi kan inte förhindra att alla patienter dör. Men vi kan förhindra att vi påför alla patienter skada och onödigt lidande (Husebø & Husebø, 2015, s. 28). Det finns situationer där anhöriga kräver att "allt blir gjort" för att rädda den döende, och detta visar oss att dom anhöriga inte har förstått att patienten är nära döden (Husebø & Husebø, 2015, s. 28). Här kan en palliativ plan vara en bra åtgärd, den ska vara kort och beskriva åtgärder för att lösa dom förväntade och möjliga utmaningar som kan uppstå. Den ska innehålla central information för tiden fram till patientens död och ha en konkret beskrivning av etiska utmaningar, t.ex. att inga livräddande åtgärder ska sättas igång, eller att den döende inte ska transporteras till akuten eller sjukhus osv (Husebø & Husebø, 2015, s. 29). I tillägg ska alla medikamenter som förlänger dödsprocessen avbrytas när patienten förväntas att dö under dom nästa timmarna eller dagarna, undantaget är dom medikamenter som bidrar till en god palliation (Husebø & Husebø, 2015, s. 30). Det är nämligen viktigt att patienten ska ha en känsla av kontroll av sin situation, att få vara delaktig i hur den vidare processen ska fortgå är oumbärligt för patienten (Harstade, Blomberg, Benzein, & Östlund, 2018).

Vi kan se en hög motivation för palliativt arbete, men det behövs flera platser och en starkare kompetens hos dom anställda i möte med den döende människans behov (Aakre, 2015, s. 50).

Jag har själv sett hur en patient på vårdhem i livets slutfas blev lämnad till sig själv större delen av tiden, där personalen inte gjorde annat än att ge palliativa medikamenter och upprätthålla en god kroppslig hygien till patienten. Detta var med motiveringen att personalen inte ville störa patienten mer än nödvändigt utan låta denne få fred och ro, samt att det inte fanns tid till mer än det då den personal som fanns på plats behövdes till dom andra patienterna. Patienten hade ingen anhörig som var på plats så den enda sociala kontakt och trygghet var från personalen. Däremot upplevde jag en stark önskan bland personalen på avdelningen att vilja kunna göra mer för patienten, att det var en konflikt som skapade en känsla av att vara otillräcklig.

Som en konklusion kan man se att det finns indikationer på att vårdhem inte alltid har dom nödvändiga ramar som krävs för att kunna tillhandahålla en god palliativ omvårdnad. Det upplevs som svårt för personalen att veta när behandling ska avslutas, eller i en del fall förhålla sig till den döende patienten. Bristen på riktig kunskap, personal som ger otillräcklig behandling och oförmågan att möta den döende patienten är bidragande negativa faktorer som påverkar kvaliteten av omvårdanden. Samtidigt så gör vårdpersonalen det bästa dom kan utifrån en redan svår position när det kan finnas ekonomiska nedskärningar som leder till mindre personal, ökad tidspress eller ett bristande samarbete med kollegor.

5.3 Bevara värdigheten och upprätthålla god livskvalitet

Omsorg för döende patienter är en central del av omvårdnaden på ett vårdhem. Syftet är att göra patientens liv så värdigt som möjligt, även om man kan uppleva etiska utmaningar när man prövar att uppnå detta värde. T.ex. så framkommer det i studien till Brodtkorb et. Al (2017) att vårdpersonal kan känna sig osäkra på om flytande näring är användbart eller ens behövs. I dom norska nationella riktlinjerna (Helsedirektoratet, 2013) står det att denna typen av interventioner är en meningslös behandling som inte ska användas (Brodtkorb, Skisland, Slettebø, & Skaar, 2017). Vårdpersonal på sjukhem strävar efter att upprätthålla värdigheten till dom döende äldre, sårbara och ofta kognitivt förvirrade patienter (Brodtkorb, Skisland, Slettebø, & Skaar, 2017).

Patienter som är i behov av palliativ omvårdnad har ofta förluster av funktioner och roller som påverkar deras sociala och existentiella självbild. Och dom lider också ofta av komorbiditet av olika grad. Detta kombinerat med att dom har en nära förestående död, gör att patienterna riskerar att förlora sin värdighet. Man ser att dom värden som hör till döden att göra är respekt, spirituell frid och hopp (Harstade, Blomberg, Benzein, & Östlund, 2018). Att upprätthålla känslan av värdighet är en signifikant roll inom palliativ omvårdnad och att hjälpa patienterna med detta blir en avgörande

utmaning för sjuksköterskan. Chochinov menade att upprätthållandet av värdighet ger kapaciteten till att fortsätta fungera inom ramarna av livet sitt. DCI (Dignity Care Intervention/ Värdighetsbevarande intervention) som visas fram i studien till Harstäde et. Al (2018) är baserad på Chochinovs värdighetsmodell, och den inkluderar ett screeningverktyg som ska identifiera dom områden hos patienten där risken mot värdigheten är hög, samt föreslås vårdåtgärder för att motarbeta dessa (Harstäde, Blomberg, Benzein, & Östlund, 2018).

Exempel på vårdåtgärder för att upprätthålla en nivå av självständighet och ge mental stimulering är att tillgodose möjligheterna för att lyssna på nyheter eller musik osv. Samtidigt så måste man tillgodose dom fysiska kapaciteterna till patienten, låta dom sätta gränser samt att känna sig respekterad. Om det är möjligt, låta patienten själv bestämma hur mycket eller lite hjälp han/hon vill ha. För att främja denna typen av självbestämmande så är det viktigt att inte ta beslut utan patientens samtycke. När patienten känner av psykologisk oro, t.ex. känner sig ensam och/eller ångest så kan man lägga tillräkta för att ge patienten utrymmet till att beskriva sina känslor/tankar och att vårdpersonalen lyssnar uppmärksamt till detta (Harstäde, Blomberg, Benzein, & Östlund, 2018). Dessutom att få vara i en trygg, familjär miljö och inte bli lämna ensam lättar på patientens oro, samt tryggar deras värdighet (Harstäde, Blomberg, Benzein, & Östlund, 2018). Därför föreslås det att vårdpersonal ska vara tillgängliga och involverade i patienten utan att orsaka stress runt omvårdnaden, samt ge ovillkorligt stöd och prioritera patientens behov (Harstäde, Blomberg, Benzein, & Östlund, 2018).

Att upprätthålla en patients värdighet och livskvalitet kan förstås som att möta varje patient som en individuell och unik person, samt att ge lämplig behandling och omsorg. Detta betyder också att man ska sträva efter att möta och besvara patientens existentiella frågor, skapa en rogivande miljö och så långt som möjligt lindra smärta och lidande (Hov, Hedelin, & Athlin, 2013).

Att skapa en god miljö för patienten är viktigt. Studien till Sagha Zadeh et Al. (2018) visar till att patienterna upplever god psykologisk och fysisk effekt vid t.ex. kontakt med naturen, konst eller musik. Kontakten kan vara visuell, direkt kontakt eller båda delar. Miljödesign som kan ge denna typen av kontakt, eller stimulering av hörsel, syn samt luktsinnet har identifierats att ha en positiv påverkan och distraktion på patienter i slutfasen av livet. Åtgärder för denna typen av miljödesign kan vara fönster ut till naturen eller tillgång till växter inomhus (Sagha Zadeh, o.a., 2018).

Travelbee (1971) påpekade hur viktigt det är med mellanmännsliga förhållanden, att sjuksköterskan etablerar över tid ett förhållande till patienten som skapar en grund av trygghet och förtroende till varandra. Detta förhållande baseras också på förmågan att känna sympati och/eller empati med patienten, och byggs upp genom alla interaktioner sjuksköterskan har med patienten. Det finns olika typer av interaktioner, några är bra och till hjälp för patienten medan andra är det motsatta. Det som skiljer det mellanmännsliga förhållandet från sjuksköterska-patient förhållandet är att den

mellanmänskliga är hjälpsam, behoven för den sjuka möts och personen behandlas med värdighet både konsekvent och villkorslöst (Travelbee, 1971, s. 120).

Livskvalitet kopplas till människans funktion, välmående och uppfattningen av ens egen hälsa. Det betecknas då som hälsorelaterad livskvalitet (health related quality of life, HRQL) och kopplas till den påverkan som sjukdom och behandling har på livskvaliteten. Det finns ett stort antal olika instrument för mätning av livskvalitet, dvs. frågeformulär, för att kartlägga hälsorelaterad livskvalitet. Dom flesta av dem är riktade mot att mäta den påverkan som sjukdom och behandling har på en persons fysiska, psykiska och sociala funktion. Några instrument är generella, dvs. att dom mäter livskvalitet kopplat till sjukdom och behandling generellt, medan andra är specifikt riktade mot att kartlägga hur personens livskvalitet påverkas av en bestämd kronisk sjukdom och kronisk smärta (Kristoffersen, 2016, s. 56). Tatarkiewicz hävdar att mental hälsa och livskvalitet tillhör olika kategorier, då vi först och främst tänker på positiv funktionsförmåga i fysisk och psykiskt förstående. Livskvalitet, däremot, kan ses antingen som ett positivt, emotionellt tillstånd (subjektivt) eller som ett sett av omständigheter som kan producera ett sådant tillstånd (objektivt). Dessa begreppen är alltså nära besläktade, även om dom är olika. Upplevelsen av livskvalitet är ofta ett tecken på mental hälsa, medan hälsa alltid är en viktig del av livskvaliteten (Rustøen, 2016, s. 89).

Huvudmålen med palliativ vård är symtomlindring och optimering av livskvalitet. Viktiga fokusområden är att stärka patientens integritet och livskvalitet (Gro, 2016, s. 523). Siri Næss visade till att god livskvalitet för en person är att ha intressen och engagemang, goda interpersonliga förhållanden samt att känna sig väl som människa, samtidigt som man är öppen och mottaglig. Allt detta är viktigt för att ge patienten en känsla av psykiskt välbefinnande (Rustøen, 2016, ss. 84 - 85).

Att skydda värdigheten till en person, betyder att man behandlar personen som en människa och inte som ett objekt. Man bekräftar patienten, detta hänger ihop med att respektera patientens autonomi, men omfattar samtidigt att man t.ex. tar sig tid till att lyssna när patienten berättar om sin sjukdomshistoria eller livshistoria. Att inkludera anhöriga i omvårdnaden har också stor betydelse för att patientens värdighet ska skyddas (Heggstad, 2015, s. 33). Att drabbas av sjukdom eller ett outhärdligt lidande, kan innebära att upplevelsen av värdighet hotas. Därför är det viktigt att patienten i sådana situationer möts av en caritativ vård för att upplevelsen av dennes värdighet ska bevaras, eller vid behov återupprättas eftersom upplevelsen av värdighet är central för upplevelsen av hälsa (Edlund & Lindwall, 2017, s. 201). Begreppet värdighet är nära kopplat till omvårdnad av svaga patientgrupper som t.ex. äldre och skröpliga patienter i äldreomsorgen och till människor som är allvarligt sjuka och döende. I dom yrkesetiska riktningsslinjerna för sjuksköterskor anges det att respekten för den individuella människans liv och inneboende värdighet ska präglade praktiken: omvårdnaden ska vara baserad på barmhärtighet, omsorg och respekt för dom mänskliga rättigheterna. Värdighet är både subjektivt och objektivt. Den objektiva värdigheten är den värdighet vi har enbart genom att vara född

människa. Den subjektiva värdigheten är den individuella personens upplevelse av värdighet. För att uppleva värdighet måste man bli behandlad med värdighet av andra (Kristoffersen, 2016, s. 17). Att utöva omvårdnad för denna patientgruppen kräver något speciellt från sjuksköterskan (Brodtkorb, Skisland, Slettebø, & Skaar, 2017). I denna situationen upplever man inte glädjen av att patienten blir bättre, och relationen mellan vårdaren och patienten avslutas med döden. Upplevs döende patienter som något så skrämmande att man vill skapa ett avstånd, kan det bli svårt att hjälpa den sjuka. Signaler kan uppfattas även om dom inte uttrycks med ord, och kan skapa distans på det mellanmänniska planet (Mathisen, 2016, s. 416). Insikt i sina egna känslor, tankar, reaktioner och andra faktorer som påverkar förmågan till att möta lidande och döende patienter, kan hjälpa sjuksköterskan till att förbättra omvårdnaden han/hon ger till patienten och anhöriga (Kalfoss, 2016, s. 454).

Dom nationella riktlinjerna för begränsningar av livsförlängande behandling hjälper till att upprätthålla en god livskvalitet för patienten, men också att värdigheten kan bevaras när det blir svårt eller otydligt för vårdpersonalen vart gränsen ska gå (Helsedirektoratet, 2013).

Samtidigt så ska varje patient uppleva en god omsorg, något som Värdighetsgarantin (Helse – og omsorgsdepartementet, 2010) ska lägga tillräkta för. Denna förordningen förtydligar hur tjänsteutbudet ska utformas för att säkerställa rätten till nödvändig vård och ett värdigt serviceutbud. Den enskilda tjänstemottagaren ska säkras ett värdigt och så långt möjligt meningsfullt liv i enlighet med deras individuella behov, se punkt e) lindrande behandling och en värdig död.

Det jag ofta sett själv är att värdigheten till patienten ofta kommer i kläm när personalen inte har tillräckligt med tid, är stressade eller i värsta fall inte intresserad av att lyssna på patienten. Att helt ignorera en patient som desperat försöker göra sig hörd, som söker lindring för sina smärtor men som vårdpersonalen väljer att inte hjälpa för att dom upplever patienten som kravställande och jobbig. Detta strider mot varje persons individuella värdighet och rättighet till hjälp (Helse – og omsorgsdepartementet, 2010).

Som konklusion så kan man se att bevarandet av god värdighet och livskvalitet kan i en del tillfällen vara svårt, där sjukvården nästan balanserar på kanten över vad som borde göras och vad som blir ett övertramp av rättigheter. Det är viktigt att finna en balans där man kan inte bara göra det som är bäst för patienten rent medicinskt men också från den humanitära sidan. Vården idag är både nationellt och globalt centrerad runt kurativ behandling och rehabilitering, något som lägger tillräkta för att man fort glömmer bort att se den helhetliga människan och alla dennes behov. Att det kostar pengar att ge palliativ omvårdnad är ett känt faktum, och det påverkar hur mycket tid personalen har tillgodo med varje patient i det stora hela. Men det rättfärdigar inte att patienterna ska behandlas med mindre respekt och värdighet, eller att deras livskvalitet ska förminska pga. att vårdpersonalen inte är nöjda med situationen. Varje sjuksköterska bör sträva efter att göra sitt bästa för patienten, oavsett situationen, så långt det är möjligt.

6.0 Avslutning

Vi ska alla dö en dag, det är oundvikligt. Men hur människan dör och hur man på bästa sätt lägga tillrätta för ett värdigt avslut, det är något en sjuksköterska kan bidra med. Hur man kan bäst bidra till en värdig död för en döende patient är svårt att ge ett bra svar på, för det finns inget facit. Det vi har är riktlinjer, lagar, föreskrifter osv som vi ska förhålla oss till. Men dessa ger oss inte allt vi behöver för att ge en god palliativ omvårdnad som bör genomsyras av upprätthållandet av värdighet och god livskvalitet. Vår egen etik och moral väger in, och den kompetens vi får genom utbildning samt vidare i arbetslivet som sjuksköterskor. Forskningen i detta examensarbetet har visat några exempel på hur vi kan bidra i en redan, för patienten, svår situation. Vi kan lägga tillrätta för en god vårdmiljö i form av möjligheter till att kunna se naturen eller lyssna på musik. Att få skapa meningsfulla förhållanden med medpatienter och personal. Eftersträva rätt behov av behandling eller lindring i förhållande till hur situationen förändrar sig i den palliativa fasen. Att man tar sig tid att lyssna till inte bara patienterna men också deras närmaste anhöriga för att kunna tillgodose dom behov och önskningar dom kan ha. Dom fynd jag har funnit har stärkt min egen ståndpunkt i att patienter ska behandlas som en människa, oavsett bakgrund. Det är min förhoppning att fler sjuksköterskor kommer att arbeta utifrån det helhetliga perspektivet och på det sättet skapa en värdig och respektfull död för varje individuell patient.

Referenser

- Aakre, M. (2015). Verdig avslutning for alle. i S. M. Holm, & S. Husebø (Red.), *En verdig alderdom: Omsorg ved livets slutt* (ss. 49-53). Bergen: Fagbokforlaget.
- Brodtkorb, K., & Ranhoff, H. A. (2016). Helsetjenester til eldre. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & H. A. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie; God omsorg til den gamle pasienten* (ss. 197-209). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Brodtkorb, K., Skisland, A. V.-S., Slettebø, Å., & Skaar, R. (2017). Preserving dignity in end-of-life nursing home care: Some ethical challenges. *Nordic Journal of Nursing Research*, 37(2), 78-84. <https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1177/2057158516674836>
- Busch, T. (2013). *Akademisk sriving for bachelor - og masterstudenter*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Christoffersen, L., Johannessen, A., Tufte, P. A., & Utne, I. (2015). *Forskningsmetode for sykepleierutdanningene*. Oslo: Abstrakt Forlag.
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Edlund, M., & Lindwall, L. (2017). Værdighet. i W. L. Gustin, & I. Bergbom, *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik* (ss. 201 - 212). Lund: Studentlitteratur.
- Eide, H., & Eide, T. (2013). Kommunikasjon i relasjoner - det lille som gjør en forskjell. I K. Johnsen, & H. O. Engvold, *Klinisk kommunikasjon i praksis* (ss. 65 - 76). Oslo: Universitetsforlaget.
- Eide, H., & Eide, T. (2018). Hva er god, profesjonell kommunikasjon? I H. Eide, & T. Eide, *Kommunikasjon i relasjoner: Personorientering, samhandling, etikk* (ss. 15 - 45). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Eide, H., & Eide, T. (2018). Nonverbal kommunikation. I H. Eide, & T. Eide, *Kommunikasjon i relasjoner: Personorientering, samhandling og etikk* (ss. 135 - 154). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Ekebergh, M., & Dahlberg, K. (2015). Vårdande och lärande samtal. I M. Arman, K. Dahlberg, & M. Ekebergh, *Teoretiska grunder för vårdande* (ss. 129 - 144). Stockholm: Liber.
- Forsberg, C., & Wengström, Y. (2015). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Grov, K. E. (2016). Pleie og omsorg ved livets slutt. i M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & H. A. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (ss. 522 - 537). Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Harstade, W. C., Blomberg, K., Benzein, E., & Östlund, U. (2018). Dignity-conserving care actions in palliative care: an integrative review of Swedish research. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 32(1), 8-23. <https://doi.org/10.1111/scs.12433>
- Haugan, G. (2014). Helsefremmende interaksjon. i G. Haugan, & T. Rannestad (Red.), *Helsefremming i komunehelsetjenesten* (ss. 199-215). Oslo: Cappelen Damm.
- Hauge, S. (2016). Sykepleie i sykehjem. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & H. A. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (ss. 265-283). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Heggestad, T. A. (2015). Verdighet som fenomen i sykepleien. I T. A. Heggestad, & U. Knutstad (Red.), *Sentrale begreper og fenomener i klinisk sykepleie* (ss. 23 - 39). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Helsebiblioteket. (u.d.). *Kritisk vurdering*. Hämtad 1/4 - 19 från <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering>
- Helsedirektoratet. (2013, april 1). *Beslutningsprosesser ved begrensning av livsforlengende behandling*. Hämtat 18/4 - 19 från <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/67/IS-2091-Beslutningsprosesser-ved-begrensning-av-livsforlengende-behandling.pdf>
- Helsedirektoratet. (den 26 Mars 2015). *Palliasjon i kreftomsorgen – handlingsprogram*. Hämtat från <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/nasjonalt-handlingsprogram-med-retningslinjer-for-palliasjon-i-kreftomsorgen>
- Hov, R., Hedelin, B., & Athlin, E. (2013). Nursing care for patients on the edge of life in nursing homes: obstacles are overshadowing opportunities. *International Journal of Older People Nursing*, 8(1), 50-60. <https://doi.org/10.1111/j.1748-3743.2011.00306.x>
- Helse - og omsorgsdepartementet. (1989, Januari 1). *Forskrift for sykehjem m.v.* Hentet 16/3 - 19 fra Forskrift for sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/1988-11-14-932>
- Helse - og omsorgsdepartementet. (2003, 1 Juli). *Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene*. Hentet 18/3 - 19 fra Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2003-06-27-792>
- Helse - og omsorgsdepartementet. (2010, November 16). *Verdighetsgarantiforskriften*. Hentet 13/3 - 19 fra Forskrift om en verdig eldreomsorg (verdighetsgarantien): <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2010-11-12-1426>

- Husebø, S., & Husebø, B. (2015). Omsorg ved livets slutt. i S. M. Holm, & S. Husebø (Red.), *En verdig alderdom: Omsorg ved livets slutt* (ss. 21-37). Bergen: Fagbokforlaget.
- Kalfoss, H. M. (2016). Møte med lidende og døende pasienter - sykepleierens møte med seg selv. i D.-G. Stubberud, R. Grønseth, & H. Almås (Red.), *Klinisk Sykepleie 2* (ss. 453 - 481). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kirkevold, M. (2012). Joyce Travelbees teori om sykepleiens mellommenneskelige aspekter. i M. Kirkevold, *Sykepleieteorier: Analyse og evaluering* (ss. 113 - 127). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kristoffersen, J. N. (2016). Helse og sykdom - utvikling og begreper. I J. N. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug, & H. G. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie Bind 1: Sykepleie - fag og funksjon* (ss. 29 - 87). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kristoffersen, J. N. (2016). Sykepleiefagets teoretiske utvikling - en historisk reise. i J. N. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug, & H. G. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie Bind 3: Pasientfenomener, samfunn og mestring* (ss. 15 - 80). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kristoffersen, J. N. (2016). Sykepleierens ansvar og arbeidsområder i helsetjenesten. i J. N. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug, & H. G. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie Bind 1: Sykepleie - fag og funksjon* (ss. 193-265). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Lorentsen, B. V., & Grov, E. K. (2016). Generell sykepleie ved kreftsykdommer. i D.-G. Stubberud, R. Grønseth, & H. Almås (Red.), *Klinisk Sykepleie 2* (ss. 397-436). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Mathisen, J. (2016). Sykepleie ved livets avslutning. i J. N. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug, & H. G. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie Bind 3: Pasientfenomener, samfunn og mestring* (ss. 407 - 449). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Rustøen, T. (2016). Livskvalitet og velvære. I T. A. Heggestad, & U. Knutstad (Red.), *Sentrale begreper og fenomener i klinisk sykepleie* (ss. 80 - 109). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Sagha Zadeh, R., Eshelman, P., Setla, J., Kennedy, L., Hon, E., & Basara, A. (2018). Environmental Design for End-of-Life Care: An Integrative Review on Improving the Quality of Life and Managing Symptoms for Patients in Institutional Settings. *Journal of Pain & Symptom Management*, 55(3), 1018-1034. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2017.09.011>
- Socialstyrelsen. (2015). *Brytpunktssamtal i livets slutskede*. Hämtat 11/3-19 från Socialstyrelsen: <http://www.socialstyrelsen.se/indikatorer/sokiindikatorbiblioteket/ojhs/brytpunktssamtalilivets-slutske>

- SSF. (2017). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. Hämtat 11/3-19 från Svensk Sjuksköterskeförning:
https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/sjukskoterskornas_etiska_kod_2017.pdf
- Svenska Palliativregisteret. (2015). *Vad bör ett brytpunktssamtal innehålla och när ska det genomföras?* Hämtat 11/3-19 från Kunskapsstöd:
<http://media.palliativ.se/2015/08/Brytpunkt20111.pdf>
- Travelbee, J. (1971). *Interpersonal aspects of nursing, 2nd edition*. Philadelphia: Davis Company.
- Vetenskapsrådet. (2017). *God forskningssed*. Hämtad 3/4 - 19 från
https://www.vr.se/download/18.2412c5311624176023d25b05/1529480532631/God-forskningssed_VR_2017.pdf
- WHO. (2015). *WHO definition of palliative care*. Hämtat 11/3 - 19 från World Health Organization
<http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>
- WHO. (2018). *10 Priorities towards a decade of healthy ageing*. Hämtat 11/3 - 19 från World Health Organization: <https://www.who.int/ageing/WHO-ALC-10-priorities.pdf>
- Østensen, E., & Wahl, K. A. (2016). Opplevelser og reaksjoner hos mennesker med hudsykdom. I T. A. Heggestad, & U. Knutstad, *Sentrale begreper og fenomener i klinisk sykepleie* (ss. 287 - 304). Oslo: Cappelen Damm.

Bilaga 1

Artikel	Databas	Sökord	Publicerad	Titel	Författare
1	Cinahl	Palliative care AND Nursing home AND Dignity	March 2018 Scandinavian Journal of Caring Sciences	Dignity-conserving care actions in palliative care: an integrative review of Swedish research	Harstade, W.C., Blomberg, K., Benzein, E., Östlund, U.
2	Cinahl	Nursing home AND Dignity	October 2016 Nordic Journal of Nursing Research	Preserving dignity in end-of-life nursing home care: Some ethical challenges	Brodtkorb, K., Skisland, A. V.-S., Slettebø, Å., Skaar, R.
3	Cinahl	Nursing home AND Nursing interventions AND Quality of life	March 2018 Journal of Pain and Symptom Management	Environmental Design for End-of-Life Care: An Integrative Review on Improving the Quality of Life and Managing Symptoms for Patients in Institutional Settings	Sagha Zadeh, R., Eshelman, P., Setla, J., Kennedy, L., Hon, E., Basara, A.
4	SweMed+	Dignity AND Quality of life AND Nursing home	March 2013 International Journal of Older People Nursing	Nursing care for patients on the edge of life in nursing homes: obstacles are overshadowing opportunities	Hov, R., Hedelin, B., Athlin, E.

Bilaga 2

Dignity-conserving care actions in palliative care: an integrative review of Swedish research.

Fråga	Ja	Nej	Otydligt	Kommentar
1. Är syftet med studien tydligt formulerad?	X			
2. Är kvalitativ metod lämplig för få svar på problemet?	X			
3. Är utformningen av studien lämplig för att hitta svar på problemet?	X			
4. Är urvalsstrategin lämplig för att svara på problemet?	X			
5. Samlades uppgifterna på ett sådant sätt att problemställningen besvarades?	X			
6. Redogjordes det för bakgrundsförhållandena vilket kan ha påverkat tolkningen av data?	X			
7. Är dom etiska förhållanden värderade?	X			
8. Är det klart hur analysen utförs? Är tolkningen av data förståelig, tydlig och prisvärd?	X			
9. Presenteras resultaten tydligt?	X			
10. Hur användbara är resultaten av detta studie?	X			Fynden i denna studien är relevanta då dom visar till goda åtgärder inom palliativ vård.

Nursing care for patients on the edge of life in nursing homes: obstacles are overshadowing opportunities.

Fråga	Ja	Nej	Otydligt	Kommentar
1. Är syftet med studien tydligt formulerad?	X			
2. Är kvalitativ metod lämplig för få svar på problemet?	X			
3. Är utformningen av studien lämplig för att hitta svar på problemet?	X			
4. Är urvalsstrategin lämplig för att svara på problemet?	X			
5. Samlades uppgifterna på ett sådant sätt att problemställningen besvarades?	X			
6. Redogjordes det för bakgrundsförhållandena vilket kan ha påverkat tolkningen av data?	X			
7. Är dom etiska förhållanden värderade?	X			
8. Är det klart hur analysen utförs? Är tolkningen av data förståelig, tydlig och prisvärd?	X			
9. Presenteras resultaten tydligt?	X			
10. Hur användbara är resultaten av detta studie?	X			Fynden är relevanta därför dom visar vilka problem som sjuksköterskan kan möta och hur dom kan lösas.

Environmental Design for End-of-Life Care: An Integrative Review on Improving the Quality of Life and Managing Symptoms for Patients in Institutional Settings.

Fråga	Ja	Nej	Otydligt	Kommentar
1. Är syftet med studien tydligt formulerad?	X			

2. Är kvalitativ metod lämplig för få svar på problemet?	X			
3. Är utformningen av studien lämplig för att hitta svar på problemet?	X			
4. Är urvalsstrategin lämplig för att svara på problemet?	X			
5. Samlades uppgifterna på ett sådant sätt att problemställningen besvarades?	X			
6. Redogjordes det för bakgrundsförhållandena vilket kan ha påverkat tolkningen av data?	X			
7. Är dom etiska förhållanden värderade?	X			
8. Är det klart hur analysen utförs? Är tolkningen av data förståelig, tydlig och prisvärd?	X			
9. Presenteras resultaten tydligt?	X			
10. Hur användbara är resultaten av denna studie?	X			Fyndet visar till hur viktig miljön är runt patienten, inte enbart den medicinska utrustningen men också val av färg på väggar osv.

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

Fråga	Ja	Nej	Otydligt	Kommentar
1. Är syftet med studien tydligt formulerad?	X			
2. Är kvalitativ metod lämplig för få svar på problemet?	X			
3. Är utformningen av studien lämplig för att hitta svar på	X			

problemet?				
4. Är urvalsstrategin lämplig för att svara på problemet?	X			
5. Samlades uppgifterna på ett sådant sätt att problemställningen besvarades?	X			
6. Redogjordes det för bakgrundsförhållandena vilket kan ha påverkat tolkningen av data?	X			
7. Är dom etiska förhållanden värderade?	X			
8. Är det klart hur analysen utförs? Är tolkningen av data förståelig, tydlig och prisvärd?	X			
9. Presenteras resultaten tydligt?	X			
10. Hur användbara är resultaten av detta studie?	X			Fynden är relevanta då dom visar till vilka etiska dilemman som skapar komplikationer.