



Høgskulen på Vestlandet

SK152 - Bacheloroppgave i sykepleie

SK152

Predefinert informasjon

Startdato:	23-05-2019 09:00	Termin:	2019 VÅR
Sluttdato:	07-06-2019 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Bacheloroppgave i sykepleie	Studiepoeng:	15
SIS-kode:	203 SK152 1 O 2019 VÅR FORDE		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.: 148

Informasjon fra deltaker

Antall ord *: 7011

Egenerklæring *: Ja

**Inneholder besvarelsen
konfidensiell materiale?:** Nei

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

Gruppe

Gruppenavn: (Anonymisert)

Gruppenummer: 29

**Andre medlemmer i
gruppen:** Deltakeren har innlevert i en enkeltmannsgruppe

Jeg godkjenner avtalen om publisering av bacheloroppgaven min *

Ja

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

Nei

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

Nei



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGAVE

Verdighet til siste slutt

Kandidatnummer 148 – Irmelin Soltvedt

Bachelorutdanning i sjukepleie

Fakultet for helse- og sosialvitenskap (FHS)/ Institutt for
helse- og omsorgsvitenskap/ Sjukepleie Førde

Veileder: Toril Midtbø

Innleveringsdato: 07.06.19

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.

Sammendrag

Tittel: Verdighet til siste slutt.

Bakgrunn for valg av tema: 52% av den norske befolkningen døde i sykehjem eller annen helse- og omsorgsinstitusjon utenom sykehus i 2017. Dette viser at det er mange eldre som dør hvert år i sykehjem. Disse pasientene har behov for helhetlig tilbud, og trenger tilgang til sikre og gode tjenester. Jeg valgte dette temaet fordi jeg ønsker å bli den sykepleieren som bidrar til god terminal pleie og en verdig avslutning på livet.

Problemstilling: Hvordan kan jeg som sykepleier bidra til en verdig død for pasienter i sykehjem?

Metode: Litteraturstudie er brukt som metode. For å besvare problemstillingen har jeg knyttet forskning, relevant faglitteratur opp mot egne erfaringer.

Funn: For å møte den døendes behov kreves det kunnskap, ferdigheter og holdninger. Forskning viser at god omsorg betyr å bevare pasientens verdighet, samt lindre lidelser og sikre komfort. Hindringer som kan stå i veien for dette er manglende personale og manglende kompetanse hos personale. At pasienten ikke dør alene blir sett på som viktig for å få en verdig død, både for personalet og de pårørende.

Konklusjon: Forskning og teori viser at det ikke finnes en entydig definisjon på begrepet «En verdig død», men at vi må ta utgangspunkt i hva pasienten ønsker. Funnene viser at grunnleggende pleie, lindring og trygghet er sentralt for å kunne gi pasientene en verdig død. Det som kan hindre helsepersonalet i å gi dette, er manglende bemanning, manglende tid og manglende kompetanse.

Nøkkelord: Verdighet, Palliativ pleie, Sykehjem, Slutten på livet

Summary

Title: Dignity to the end.

Background for choice of theme: 52% of the Norwegian population died in nursing homes or other health and care institutions outside hospitals in 2017. These numbers indicate that there are many elderly people who die each year in nursing homes. These patients need a comprehensive offer, and access to safe and good services. I chose this topic because I desire to become the nurse who contributes to good terminal care and a worthy end to life.

Thesis question: How can I, as a nurse, contribute to a worthy death for patients in nursing homes?

Method: Literature study is used as a method. To answer the question, I have linked research, relevant literature up against my own experiences.

Findings: To meet the needs of the dying requires the knowledge, skills and attitudes. Research shows that good care means preserving the patient's dignity, as well as alleviating suffering and ensuring comfort. Obstacles that could stand in the way of this are lack of staff and the staff's lack of expertise. That the patient does not die alone, is regarded to be important to achieve dignified death, for both the staff and the patient's relatives.

Conclusion: Research and theory show that there is no clear definition of the term "a worthy death", but that we must start from what the patient wants. The findings show that basic care, relief and safety are central to being able to give patients a dignified death. What can prevent health personnel from giving this is lack of staffing, lack of time and lack of competence.

Keywords: Dignity, Palliative care, Nursing home, End of life

Innhold

1	Introduksjon	1
1.1	Innledning.....	1
1.2	Bakgrunn for valg av tema.....	1
1.3	Problemstilling.....	2
1.4	Avgrensning og presisering	2
1.5	Oppgavens oppbygning.....	3
2	Metode	4
2.1	Litteratursøk som metode.....	4
2.2	Søkeord og database	4
2.3	Kildekritikk.....	5
3	Teori.....	6
3.1	Verdighet	6
3.2	Når livet går mot slutten	7
3.3	God pleie og omsorg	8
3.4	Symptomlindring	9
3.5	Overordnede strategier og retningslinjer.....	10
4	Forskningsartikler	11
4.1	Dignity as experienced by nursing home staff	11
4.2	Døende pasienter i sykehjem: Sykepleiere gjør «mer av alt» og er «alene om alt».....	11
4.3	End-of-life care in a nursing home: Assistant nurses' perspectives.....	12
4.4	"Med mobilen i lomma" Pårørendes erfaringer når en av deres nære dør i sykehjem.....	12
4.5	Nursing care for patients on the edge of life in nursing homes: obstacles are overshadowing opportunities.....	13
4.6	What is it so stressful about caring for a dying patient? A qualitative study of nurses' experiences	14
5	Drøfting.....	15
5.1	En verdig avslutning	15
5.2	Pleie som lindrer.....	17
5.3	Virkelighetens hindringer	19
6	Konklusjon	21
7	Referanser	23
8	Vedlegg 1 – Søketabeller	26
9	Vedlegg 2 – Sjekkliste for kvalitativ forskning	32

1 Introduksjon

1.1 Innledning

Jeg har valgt å starte denne bacheloroppgaven med en opplevelse fra min første sykehjemspraksis.

I denne perioden hadde vi en pasient, en mann i 80-årene, som lå på livets siste dager.

Kontaktsykepleieren min så etter terminale tegn, men kunne ikke gi de pårørende, som satt hos mannen et eksakt dødstidspunkt. De satt hos han så ofte og lenge som de hadde muligheter og krefter til, men også de måtte hjem og hente seg inn igjen.

Kontaktsykepleieren og jeg hadde ansvar for denne mannen, og det var travelt på avdelingen. Avdelingsleder bestemte at det ikke skulle innhentes fastvakt, da dette ikke er en lovfestet rett. Alarmene ringte og oppdragene var mange. Dette resulterte i at mannen som pustet svakt inne på rom 315, måtte ta sitt siste åndedrag alene, uten en hånd å holde i.

Denne opplevelsen satte igjen tanker og spor, og jeg stiller meg spørsmålet: *Var dette en verdig død?*

1.2 Bakgrunn for valg av tema

Mennesker som er ved livets slutt fase har behov for helhetlig tilbud, og de skal ha tilgang til sikre og gode tjenester (Helse- og omsogsdepartement, 2008, s. 61; Helse- og omsorgsdepartement, 2012, s. 88). Målet er at den døende skal oppleve livets slutfase som trygt og meningsfullt, og pasienten skal bli behandlet med verdighet og respekt (Helse- og omsorgsdepartement, 2012, s. 88). Observasjon av pasienten, kontinuitet og god omsorg er sentralt i all grunnleggende pleie, og god pleie er det viktigste når det nærmer seg slutten på livet (s. 88).

Som sykepleiere må vi forholde oss til døden på en helt annen måte enn det som er tilfelle for mange andre yrker, og selv med kunnskap fra undervisning er ord som død, palliasjon og terminal pleie nokså fremmed for meg. Jeg har opplevd sorg, død og den palliative fasen både som nærmeste pårørende i møte med helsevesenet, og som student i møte med den døende og deres pårørende. Jeg har opplevd vonde følelser knyttet til den siste tiden. Jeg har også opplevd denne tiden som god, og hvor jeg kjente på følelsen av «ære» å kunne få være til stede i de siste timene og gi pleie til siste åndedrag. Jeg ønsker med denne oppgaven å tilegne meg mer kunnskap rundt palliasjon fordi jeg har et ønske om å bli den sykepleieren som bidrar til god terminal pleie og en verdig avslutning på livet.

1.3 Problemstilling

Hvordan kan jeg som sykepleier bidra til en verdig død for pasienter i sykehjem?

1.4 Avgrensning og presisering

I oppgaven skal jeg ha fokus på *hva* som ligger i en verdig død for eldre, og hvordan sykepleiere kan bidra til dette. Ifølge Statistisk Sentralbyrå (2018) er det registrert 16 494 personer i alderen fra 80-89 år som bor i sykehjem. Jeg velger å ikke avgrense til en spesifikk aldersgruppe da palliasjon hos eldre ikke er aldersbegrenset, men jeg viser til Statistisk Sentralbyrået sine tall fra 2017, som viser at de fleste på sykehjem er over 80 år.

Ifølge Folkehelseinstituttet (2018) døde 52% av den norske befolkningen i sykehjem eller annen helse- og omsorgsinstitusjon utenom sykehus i 2017. Det er på bakgrunn av disse tallene jeg mener det vil være relevant å rette oppgaven mot sykehjemspasienter. Jeg legger ikke vekt på spesifikke diagnoser, men heller på pasienter som dør av andre naturlige årsaker. Jeg tar utgangspunkt i norsktalende pasienter, og kommer ikke til å vektlegge religion eller kultur. Problemstillingen vil i hovedsak være fra et sykepleieperspektiv, men jeg vil også komme inn på pasient- og pårørendeperspektiv der dette er relevant for oppgaven.

Den palliative pleien kan strekke seg over lang tid. Med den palliative fasen mener jeg de siste dagene og timene før døden inntreffer. Jeg har valgt ikke å ha fokus på kommunikasjon og informasjon ettersom jeg har satt fokus på de siste dagene pasienten lever. Jeg tar derfor utgangspunkt i at all relevant informasjon er gitt, og at den er gitt på en riktig måte.

Smertelindring er en viktig del av arbeidet innen palliasjon. Dette vil bli nevnt i oppgaven, men jeg går ikke inn på spesifikke legemidler, eller bruken av disse da dette i hovedsak er legen sitt ansvarsområde. Primært vil fokuset være på generell sykepleie og god omsorg for den døende. Jeg gjør oppmerksom på at jeg omtaler pasienten som «han» eller «pasienten», selv om temaet rettes mot begge kjønn.

1.5 Oppgavens oppbygning

Jeg skal gjennom denne oppgaven finne forskning og teori som beskriver begrepet «en verdig død», og hvordan dette kan gjøres i praksis. Oppgaven er bygget på teori og forskning, primært fra et sykepleieperspektiv, da det er vanskelig å finne forskning fra et pasientperspektiv. Det vil også komme frem perspektiver fra assistenter og annet helsepersonell ettersom at jeg mener dette er relevant for å svare på problemstillingen. I tillegg vil jeg trekke inn litt fra de pårørendes perspektiv for å styrke oppgaven, og for å få med flere synsvinkler.

Søk etter forskning og kildevurdering blir presentert i kapittel 2 under «Metode». Teori blir presentert i kapittel 3, og forskningsartiklene blir vist i kapittel 4 «Forskningsartikler». I kapittel 5 drøfter jeg resultater fra forskningen opp mot teorien jeg har funnet. I tillegg vil jeg trekke inn egne erfaringer og tanker. Til slutt kommer konklusjonen, referanselisten og vedlegg. Jeg gjør oppmerksom på at relevante begrep for temaet blir definert i teoridelen.

2 Metode

Metode blir brukt for å samle inn informasjon og kunnskap på en systematisk måte, og for å belyse en valgt problemstilling (Thidemann, 2015, s. 77). Etter bestemte rammer og retningslinjer gitt av Høyskolen på Vestlandet vil metoden for denne bacheloroppgaven bli en systematisk litteraturstudie. Retningslinjene fant jeg på Canvas under SK152 «Moduler». Her ligger de som PDF fil med tittelen «SK152 Retningslinje 2018 - 2019 litteraturstudie.pdf» (Høyskolen på Vestlandet, 2017).

2.1 Litteratursøk som metode

Hensikten med en litteraturstudie er å innhente kunnskap gjennom skriftlige kilder for deretter å gå kritisk igjennom det man har funnet, og til slutt sammenfatte det hele (Thidemann, 2015, s. 79). Gjennom denne oppgaven skal jeg vurdere og oppsummere relevant forskning og eksisterende teori innenfor palliativ pleie for døende pasienter i sykehjem (s. 81). Videre skal jeg vise hvordan jeg fant forskning gjennom søkeord og databaser. I tillegg skal jeg gjennomføre en kritisk vurdering av forskningsartiklene.

2.2 Søkeord og database

For å belyse problemstillingen trengte jeg forskning som retter seg inn mot helsepersonells opplevelser og erfaringer. Jeg valgte derfor å bygge oppgaven med forskning som brukte kvalitativ metode. Denne metoden har som hensikt å få kunnskap om personers meninger, erfaringer, tanker, opplevelser og holdninger (Thidemann, 2015, s. 78).

For å finne databaser som var best egnet, leste jeg oversikten som står i Thidemann, 2015. Jeg valgte derfor Cinahl, Medline og PubMed fordi de dekker temaer innen sykepleie, og de er mest brukt av helsepersonell (s. 85). Jeg brukte Academic Search Elite og inkluderte Cinahl med Full Text og Medline. Videre brukte jeg Google Scholar, og i tillegg benyttet jeg sykepleierforskning da jeg ønsket norske forskningsartikler i tillegg til de engelske. Det henvises til vedlegg for søketabeller.

Når jeg valgte søkeord tok jeg utgangspunkt i oppgavens problemstilling. Jeg brukte derfor ord som «palliative care», «nursing home», «nursing care», «patient care», «dying», og «dignity». For å finne flere engelske synonymer brukte jeg MeSH. For å komme hit gikk jeg inn på SweMed+ sine sider, søkte på «terminal pleie» og valgte en artikkel som inneholdt dette ordet. Fra nederst på artikkelsiden kom jeg til MeSH siden, hvor jeg videre trykket på engelske synonym. Her fant jeg flere synonymer, men brukte kun ordet «end of life». Se vedlegg for flere søkeord.

2.3 Kildekritikk

Å være kritisk til kilder betyr å vurdere og å karakterisere litteraturen som er funnet (Dalland, 2017, s. 158). Jeg har vurdert artiklenes troverdighet ved hjelp av «Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie», som jeg fant på helsebiblioteket sine sider (Folkehelseinstituttet, 2016). Henviser til vedlegg 2.

Innenfor kvalitativ forskning finnes det ikke direkte målbare tall, slik som i kvantitativ forskning (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt, Reinart, & Nordheim, 2017, s. 78). Jeg spurte meg selv derfor om studien var godt gjennomført, og om fremgangsmåten var beskrevet på en god måte (s. 78). Alle forskningsartiklene ble vurdert som pålitelige på bakgrunn av at de er godkjent av en etisk komite, har en klar problemstilling, og forfatterne har beskrevet metodedelen på en god måte.

Artiklene følger en IMRaD-struktur med introduksjon, metode, resultat og diskusjon (Dalland, 2017, s. 163). Dette har gjort det lettere for meg å orientere meg i tidsskrifter for kildevurdering. Studiene er funnet i disse tidsskriftene: «*International Journal of Older People Nursing*», «*BMC Geriatrics*», «*Nursing Ethics*», «*sykepleierforskning*» og «*Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*».

Tre av forskningsartiklene er gjennomført i Sverige. Jeg mener at disse er relevante da Sverige er et skandinavisk land, og fordi helsevesenet i Sverige ligner mye på det vi har her i

Norge. Jeg gjør oppmerksom på at 4 av 6 forskningsartikler er skrevet på engelsk, og at det derfor kan oppstå feiltolkning ved oversettelse til norsk. I tillegg vil jeg bemerke at mine egne erfaringer kan føre til at teori og funn blir feiltolket. For å sikre kildenes pålitelighet, har jeg i hovedsak kun brukt primærkilder. Med det unntaket at det er sekundærkildret til to kilder: (Brenden, K.I, 2012) og (Barbus, 1975). Disse ble brukt fordi jeg ikke fant artiklene. Teorien fra disse kildene er derfor ikke blitt lagt stor vekt på

Litteraturbøker som er brukt er ikke eldre enn 10 år, men jeg har imidlertid i noen tilfeller valgt å bruke eldre pensumbøker. Eksempelvis slik som boken «*Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie, 2015*», fordi jeg personlig mener det står bedre forklart, og fordi den inneholder mer relevant informasjon innenfor mitt tema. For å få en bedre forståelse av temaet har jeg brukt andre litteraturbøker i tillegg til pensumet. Bøkene som ble valg er: «*Tverrfaglig geriatri: En innføring*», «*Palliasjon: Nordisk lærebok*», «*Værdighet*», «*Alderdom: Helse, omsorg og kultur*» og «*En verdig alderdom: Omsorg ved livets slutt*».

3 Teori

3.1 Verdighet

Målet med sykepleie til døende pasienter er å gi en god og verdig død, men det finnes ikke noen endelig definisjon på hva dette er (Thoresen & Dahl, 2015, s. 934). Vi kan kun ta utgangspunkt i hva personen selv ønsker, og forsøke å tilrettelegge for dette på best mulig måte (s. 934).

Begrepet *verdighet* kan forstås som et kjernebegrep og som en grunnleggende etisk verdi i møte mellom sykepleier og pasient (Tolo Heggstad, 2016, s. 23). Det er et begrep med tre dimensjoner. Den første er den absolutte verdigheten, som er en posisjon fri fra verdsettelsestanker, den andre er relativ verdighet som betyr en indre etisk holdning som gir en bevissthet om ens egen og andres verdighet, den siste er en ekstern verdighet som manifesteres av en estetisk handling (Edlund & Lindwall, 2017, s. 202). Den relative

verdigheten kan endres i løpet av livet, og den påvirkes av omgivelsen rundt personen (s. 202). Verdighet kan altså uttrykkes på mange forskjellige måter, siden den alltid er opplevd i forhold til noe og noen.

Ur ett vårdvetenskaplig perspektiv innebær værdighet att alla människor har en inneboende absolut værdighet som alltid finns och som inte kan kränkas. Denna værdighet är något som är människan given enbart därför att hon är människa. Det finns också en relativ værdighet som kränkas men också återskapas. Att drabbas av sjukdom eller ett outhärdligt lidande, där viktiga värden hotas, kan innebära att upplevelsen av værdighet hotas. (Edlund & Lindwall, 2017, s. 201)

Verdighet er et komplisert begrep som ikke har en eksakt definisjon, men at det går ut på personens opplevelse og at det er dette som karakteriserer nyansene (s. 202).

3.2 Når livet går mot slutten

Palliativ pleie blir definert av WHO slik:

Palliative care is an approach that improves the quality of life of patients and their families facing the problem associated with life-threatening illness, through the prevention and relief of suffering by means of early identification and impeccable assessment and treatment of pain and other problems, physical, psychosocial and spiritual. (World Health Organization, 2002)

For å gi god palliativ pleie og omsorg er første forutsetning å forstå at døden nærmer seg (Brenne & Dalene, 2016, s. 638). Endringene som skjer mot den palliative fasen kan variere fra kortere til lengre tid, og disse endringene kan vise seg gjennom at pasienten blir gradvis svakere, får økt søvnbehov og han kan miste interessen for omgivelsene (Brenne & Dalene, 2016, s. 640; Thoresen & Dahl, 2015, s. 945).

Vi sier at en pasient er døende når personen viser tegn på at de fysiologiske prosessene er i ferd med å redusere, og når alle mulige reversible årsaker er vurdert og ekskludert (Brenne

& Dalene, 2016, s. 639). De som befinner seg rundt han kan da oppleve variasjon i bevisstheten i den form at han i perioder ikke er kontaktbar, mens i andre stunder kan han oppleves som urolig og «kavete» (s. 640). Pusten kan endre seg i form av vekslning mellom langsom og hyppig, dyp og overflatisk (Brenne & Dalene, 2016, s. 640; Thoresen & Dahl, 2015, s. 946). I de siste levedagene er det vanlig at huden blir kald og blåmarmorert, og da særlig i de ytterste delene av kroppen som beina, armene og nesene, dette er et resultat av dårligere oksygenopptak og nedsatt sirkulasjon (s. 640; s. 946).

3.3 God pleie og omsorg

Det kreves god kompetanse både innen kunnskap, ferdigheter og holdninger for å gi god pleie og omsorg til en døende pasient (Bondevik, 2012, s. 414). Omsorg blir definert som noe allment, mens pleie er mer spesifikk (Alvsvåg, 2016, s. 351). Pleie blir i profesjonell sammenheng uttrykt for omsorgsarbeid, og når pleien er relasjonell, praktisk og moralsk har pleien omsorgens kvaliteter, og vi kan si at pasienten får pleie med omsorg (s. 351).

Virginia Henderson beskriver hvordan vi skal hjelpe et menneske som av ulike grunner ikke har styrke, vilje eller kunnskap til selv å ivareta sine grunnleggende behov (Mathisen, 2015, s. 126). Hun fremhever viktigheten av å oppfatte pasienten som et menneske som både har fysiske, psykiske, sosiale og åndelige behov (s. 127). Hun beskriver 14 punkter som må ivaretas, men at disse behovene ikke arter seg likt hos alle hvor sykepleieren må observere og tilpasse behovene individuelt, for å kunne gi helhetlig og individuell pleie (ss. 126-127).

Å ivareta grunnleggende behov krever en annen tilnærming hvor pleien ikke skal være «helbredende», men den skal være lindrende (Bondevik, 2012, s. 114). Stallets betydning må for eksempel ikke undervurderes eller bli til en rutine, men det må tilpasses ut ifra dagsform og situasjon (s. 417). Målet skal ikke bare være å få dekket personlig hygiene, det skal være en behagelig opplevelse med mål å øke velvære.

At sykepleiere skal hjelpe mennesker ved livets slutfase er lite nevnt i andre sykepleieteoretikers arbeid, men Henderson fremhever derimot sykepleiernes oppgave med å hjelpe til en fredfull død (Mathisen, 2015, s. 133). Hun poengterer at denne hjelpen betyr å redusere smerte, ubehag og opplevelse av ensomhet (s. 133). Det er mange områder innen pleie og omsorg vi må tenke på, og Hjort skriver at det spesielt er tre områder som er viktige i slutfasen. Det er å unngå trykksår, utføre godt munnstell og sørge for avføring og vannlatning (Hjort, 2010, s. 141).

3.4 Symptomlindring

Hovedmålet innen symptomlindring for døende pasienter er å gi lindring, komfort og trygghet (Brenne & Dalene, 2016, s. 640). God lindring i den siste tiden krever grundig kartlegging av pasientens tilstand, i tillegg til samarbeid mellom flere profesjoner, hvor de pårørende også bør involveres (ss. 640-641). Situasjonen kan endre seg raskt, og det vil derfor være viktig å observere jevnlig og registrere de endringene som dukker opp slik at tiltakene kan revurderes (s. 641). De vanligste symptomene som oppstår i den palliative fasen er smerter, delirium [forvirringstilstand], agitasjon [psykomotorisk uro], dyspné [tung pust], sekretstagnasjon [slimopphopning] i luftveiene, kvalme og oppkast, dysfagi [svelgeproblemer], obstipasjon [forstoppelse] og vannlatingsproblemer (s. 641).

Opptil 75% av alle pasienter som befinner seg i den døende fasen opplever smerter som krever behandling med opioider (s. 649). På grunn av oppgavens begrensninger velger jeg ikke å gå inn på smertelindring med medikamenter, men jeg nevner at de viktigste medikamentene for lindring er: Morfin, Haloperidol, Midazolam og Gylcopyrrolat (s. 649). Eldre er mer sårbare for legemiddelbivirkninger, og det er derfor viktig å utnytte potensiale til ikke-medikamentelle tiltak (Saltvedt & Bruun Wyller, 2016, s. 272). For eksempel kan plager med angst, depresjon og delirium reduseres gjennom å leie inn fastvakt eller ved å ha pårørende ved sin side som kan trøste, gi nærhet, berøring og rolige atmosfære (s. 272). Det er ikke alltid pasientene har pårørende som kan sitte hos seg, men det kan virke beroligende for den døende å ha en person hos seg, og ingen skal behøve å dø alene (Brenne & Dalene, 2016, s. 642).

3.5 Overordnede strategier og retningslinjer

Under betegnelsen «En verdig avslutning på livet», som ble vedtatt av De forente nasjoner i 1975, står det retningslinjer som bygger på helhetlig menneskesyn og sentrale verdier som fysiske, psykiske, sosiale og eksistensielle dimensjoner (Barbus, 1975 sitert i Bondevik, 2012, s. 411). Herunder står retten til å slippe å dø alene, og retten til å få dø i fred og med verdighet (s. 411). De yrkesetiske retningslinjene har verdier som respekt for det enkelte menneskets liv, iboende verdighet, og er basert på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene (Sneltvedt, 2016, s. 100). Sneltvedt refererer til de yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, som ble revidert i 2011. Her står det i ICNs etiske regler at «*Sykepleierens fundamentale plikt er å fremme helse, forebygge sykdom, lindre lidelse og sikre en verdig død*» (Norsk sykepleierforbund, 2011, s. 5). Det bemerkes at det kun er den eldre versjonen som ligger inne på NSF sine sider, hvor setningen er annerledes; «*...å fremme helse, å forebygge sykdom, å gjenopprette helse og å lindre lidelse*» (Norsk Sykepleierforbundet, 2007, s. 24). Jeg var usikker på hva jeg skulle forholde meg til, og jeg tok derfor kontakt med NSF som opplyste at de holder på med enda en ny revidering. Denne vil komme om et par måneder. De opplyste også at det ligger mye feil ute på siden deres. Jeg spurte hva som var mest oppdatert nå, og hva jeg kunne forholde meg til. Jeg ble henvist til «sykepleieren og pasienten» under punkt 2.11 hvor det står at «*Sykepleieren bidrar til en naturlig og verdig død, og at pasienten ikke dør alene*» (Norsk sykepleierforbund, 2015). Jeg viser til samtale med seniorrådgiver i Rådet for sykepleieetikk den 3 Mai, 2019.

Pasient- og brukerrettighetsloven er viktig å ta med fordi den inneholder bestemmelser om sentrale verdier som respekt for den enkelte pasients liv, menneskeverd og integritet, og retten til å medvirke når det handler om egen helse (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 1-1). Det står i verdighetsgarantien (2010) at formålet er å tilrettelegge eldreomsorgen slik at de eldre får en verdig, meningsfull og trygg alderdom. Det heter her at «*Tjenestetilbudet skal innrettes i respekt for den enkeltes selvbestemmelsesrett, egenverd og livsførsel...*» (Verdighetsgarantien, 2010, § 3).

4 Forskningsartikler

4.1 Dignity as experienced by nursing home staff

Hensikt: Undersøke sykepleiernes erfaringer med hva verdighet i slutten av livet betyr for eldre pasienter, og for seg selv (Dweyer, Andershed, Nordenfelt, & Ternestedt, 2009, s. 185).

Metode: Det er en kvalitativ beskrivende studie hvor de har nyttet en induktiv kvalitativ innholdsanalysemetode og intervjuer med 21 ansatte i fire forskjellige sykehjem i Sverige (s. 185). De brukte en intervjuguide og samtalene ble tatt opp på lydbånd og deretter transkribert (s. 187).

Resultat: Studien viser at personalet balanserer mellom å sørge for at pasientenes fysiske behov blir ivaretatt samtidig som de ønsker å kunne levere et «dypere» nivå av omsorg (s. 192). Eldres verdighet ble presentert i hovedtema som; Føle tillit og vise respekt. Trusler mot verdighet blir presenteres i hovedtema; Konflikt mellom det ideelle og virkeligheten (s. 192). De trekker frem at mangel på helsepersonell, og at tid og ressurser begrenset dem til å gi omsorg slik de ønsket (s.189). Dette førte til at personalet følte de ikke gjorde nok for de eldre pasientene (s. 189).

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

Hensikt: Beskrive sykepleiernes erfaringer med døende pasienter i sykehjem, og å finne ut hva som er nødvendig for best mulig behandling, pleie og omsorg ved livets slutt (Jahr Svendsen, Th. Landmark, Grov, & Svendsen, 2017, s. 2).

Metode: Studien har et deskriptivt- og et kvalitativt eksplorativt design (s. 3). Forfatterne benyttet fokusgruppeintervju for å innhente data, og det ble tatt opp på lydbånd for deretter å bli transkribert ordrett (s. 5).

Resultat: Sykepleierne erfarte kompleksitet i behandling, omsorg og pleie av den døende pasienten (s.18). De mente derfor at det trengs betydelig med kunnskap, ferdigheter og holdninger for å møte den døendes behov (s. 18). Funnene viser at sykepleieren ofte er «alene om alt» på grunn av lav bemanning og fordi medarbeiderne ofte har manglende kompetanse (s. 18).

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

Hensikt: Å beskrive assisterende sykepleieres perspektiv rundt det å gi palliativ omsorg til eldre pasienter i sykehjem (Holmberg, Hellstrøm, & Østerlind, 2018, s. 1)

Metode: Forfatterne samlet inn data gjennom halvstrukturert individuelle intervjuer med seks assistenter fra sykehjem i Sverige (s. 3). Kravene til disse var at de måtte ha fullført videregående opplæring med fokus på omsorg, og minst 3 års erfaring med å jobbe i sykehjem (s. 3). Samtalene ble tatt opp på bånd og analysert med induktiv kvalitativ innholdsanalyse (s. 4).

Resultat: Det kom frem tre hovedkategorier; «Døden er en naturlig del av livet», «Den eldre pasients velvære» og «Pleie i dødens øyeblikk» (s. 1). De ønsket å gi omsorg til de eldre bygget på respekt og engasjement, og med ambisjon om å styrke den eldres verdighet, for eksempel gjennom å senke tempoet på stellesituasjoner i slutten av livet (s. 7). Det kommer frem i studien at assistentene kan trenge mer støtte og utdanning for å kunne tilby en omsorg som er i tråd med målene for palliativ omsorg (s. 10).

4.4 "Med mobilen i lomma" Pårørendes erfaringer når en av deres nære dør i sykehjem.

Hensikt: Finne ut hvordan pårørende opplevde den siste tiden i sykehjem, og hvordan helsepersonell kan støtte dem i prosessen (Midtbust, Lykkeslet, & Skovdahl, 2011, s. 77).

Metode: En kvalitativ studie. De samlet informasjon gjennom semistrukturerte, individuelle intervjuer med 6 deltagere (s. 79). De analyserte datamaterialet ved hjelp av kvalitativ innholdsanalyse (s. 79).

Resultater: De fant to hovedkategorier, «Opplevelse av at døden er uforutsigbar» og «Å kjenne seg trygg i en ukjent situasjon» (s. 81). De pårørende opplevde usikkerhet i forhold til forventet levetid, mye på grunn av svingninger i pasientens sykdomsforløp (s. 88). De erfarte møte med døden som fremmed og utrykt, selv om dødsfallene ble beskrevet som ventet (s. 88). Det var viktig for de pårørende at pasienten ikke døde alene. Det var ikke alltid de pårørende var til stede da pasienten døde, men da var det viktig å få bekreftelse fra personalet at det hadde sittet noen der i øyeblikket (s. 83).

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

Hensikt: Beskrive sykepleiernes oppfatning av god omsorg, og hvordan dette kan utføres for pasienter i siste delen av livet i sykehjem (Hov, Hedelin, & Athlin, 2012, s. 50).

Metode: Forfatterne har brukt en fenomenografisk tilnærming som er opptatt av kvalitative forskjeller. De intervjuet 14 sykepleiere fra to sykehjem i Norge, og de brukte en fenomenologisk analyse (s. 52). Intervjuene ble tatt opp på bånd og transkribert ordrett (s. 52).

Resultat: Studien fant to hovedkategorier; Den første var «God sykepleie er å møte pasientens behov for verdighet» herunder tre underkategorier; «Behov for beredskap», «Menneskelige forhold» og «Kroppslig komfort og sikkerhet» (s. 50). Den andre var «Muligheter ble overskygget av hindringer», herunder fant de tre underkategorier; «Organisatoriske faktorer», «Relasjonsfaktorer» og «Personlige faktorer» (s. 50).

Studien viser at sykepleierne var tydelige på at god omsorg betyr å bevare pasientens verdighet, men at denne omsorgen kunne bli blokkert av organisatoriske, relasjonelle og personlige faktorer (s. 57).

4.6 What is it so stressful about caring for a dying patient? A qualitative study of nurses' experiences

Hensikt: Undersøke sykepleiernes erfaringer og deres bekymringer om omsorg for en døende pasient (Peterson, Johnson, Halvorsen, Apmann, Chang, Kershek, Scherr, Ogi & Pincon, 2010, s.181).

Metode: De rekrutterte 15 sykepleiere og sykepleierstudenter, 8 deltagere ble intervjuet personlig og 7 gjennom online (ss. 182-183). Intervjuene ble tatt opp lydbånd, transkripsjonene ble deretter nøye undersøkt sammen med de nettbaserte undersøkelsene og etterhvert sorterte de inn i spesifikke temaer (s. 183).

Resultat: Sykepleierne uttrykte bekymring rundt omsorg for den døende pasient. Det kom frem tre kategorier, «Personlige bekymringer», «Bekymringer for pasienten» og «Bekymring for pårørende» (s. 183). De tenkte på pasientens komfort, at pasienten ikke skulle lide, de ville være sikre på at de gjorde alt de kunne for å lindre lidelsene (s. 184). I tillegg trekker de frem bekymring for de pårørende, de ønsket å sørge for at de hadde tilstrekkelig med tid til å trøste familien, og hjelpe dem med å takle tapet av en de elsket (s. 183).

Tid var en felles bekymring hos sykepleierne, men de hadde mange pasienter å ta vare på, og det var derfor ofte vanskelig for dem å gi nok av sin tid til den døende (s. 183). Manglende tid og for lite personale gjorde at de var bekymret for hvordan dette påvirket omsorgstilbudet for den eldre (s. 183).

5 Drøfting

Drøftingsdelen vil ha fokus på hva forskning og teori sier om begrepet verdighet for eldre, og hva en verdig død er for eldre. Jeg vil trekke frem perspektiver fra sykepleiere, assistenter, pårørende, pasienter, og i tillegg mine egne erfaringer. Hovedtemaet vil være hvordan vi kan bruke pleie som lindring i den palliative sluttfasen, og hvilke hindringer som kan hemme oss i å utføre dette på best mulig måte.

5.1 En verdig avslutning

Min største nysgjerrighet i arbeidet med denne oppgaven var å finne ut hva forskning og teori sier om begrepet «en verdig død». Thorsen og Dahl (2015) mener at det ikke finnes noen endelig definisjon på hva som er en god og verdig død, men at vi kun kan ta utgangspunkt i hva pasienten ønsker (s. 934). Edlund og Lindwall (2017) beskriver begrepet som at alle har en absolutt iboende verdighet som ikke kan krenkes, men at det finnes en relativ verdighet som kan krenkes gjennom personens opplevelser (s. 201). Jeg tolker forfatterens beskrivelse som at ingen kan ta ifra en annens persons verdighet, men at personen selv kan oppleve og føle krenkelse, og at dette kan påvirke personens opplevelse av verdighet. Jeg forstår det slik at vi må ta utgangspunkt i pasientens ønsker, og rette pleien mot hans individuelle behov for å kunne gi han en verdig død.

Ifølge Dweyer et al., (2009) ser sykepleiere på den eldres verdighet som å bli sett på som en person, og å bli respektert for den personen han er (s. 189). Dette går igjen fra flere av artiklene, de mente det var viktig å huske på at de eldre hadde mer kunnskap og erfaringer enn oss, og at vi må respektere de for den personen de er og ikke bare som gamle mennesker (Holmberg et al., 2018). Dette samsvarer med mine egne erfaringer. Jeg husker selv som pårørende hvor viktig det var at helsepersonalet så på en av mine nære som en person, og ikke bare som en gammel mann. Mine egne erfaringer hjelper meg å ikke bare se pasientene som gamle mennesker, men som de personene de er. De kan være noens sønn, bror, far eller ektemann.

Virginia Henderson trekker frem viktigheten av å se pasienten som et menneske som har ulike behov, og at disse må tilpasses individuelt for å kunne gi helhetlig sykepleie (Mathisen, 2015, s. 127). Jeg tenker det er essensielt at vi ser pasienten som en individuell person, for vi er alle forskjellige. Det jeg liker, liker kanskje ikke noen andre, og det er kun jeg som kan fortelle hvor skoen trykker hvis jeg har det vondt. Det står i Pasient- og brukerrettighetsloven at vi skal ha respekt for den enkelte pasients liv, menneskeverd og integritet (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 1-1). Denne loven samsvarer med det som står i Verdighetsgarantien. Her står det at «*Tjenestetilbudet skal innrettes i respekt for den enkeltes selvbestemmelsesrett, egenverd og livsførsel...*» (Verdighetsgarantien, 2010, § 3).

Forskning viser et felles perspektiv fra helsepersonalet og de pårørende, der de mente at den døende ikke skulle dø alene, og at dette var viktig for å få en verdig død. Det var ikke alltid de pårørende var til stede når deres nære døde, og det ble beskrevet som trygt for dem å vite at deres nærmeste ikke døde alene (Midtbust et al., 2011, ss. 83-84). Det var viktig for de nærmeste å vite at det hadde sittet noen hos pasienten i dødsøyeblikket, og de hadde i tillegg et sterkt behov for å prate med personalet om øyeblikket i senere tid.

Som ung sykepleierstudent har jeg ikke opparbeidet meg mye erfaring med palliative pasienter, men det jeg har opplevd har gjort sterkt inntrykk på meg. Jeg synes selv det er viktig at pasienter ikke dør alene, men jeg tenker at det også er viktig å respektere de pasientene som ønsker å dø alene. Jeg har ikke møtt noen som har hatt et slikt ønske enda. Dette kan være vanskelig å få innsikt i dersom man ikke tar dette opp med pasienten på forhånd. Selv om denne oppgaven handler om de siste dagene og timene før døden inntreffer, er det viktig at «forarbeidet» blir gjort før denne tiden. Jeg tenker da på slikt, som å ha samtaler med pasienter om sine ønsker mens de fremdeles er i stand til å uttrykke det. Jeg mener vi alltid må ta en selvstendig vurdering selv om slike ønsker er klargjort, fordi pasientens behov kan endre seg underveis. Har en pasient sagt at han ønsker å dø alene for en stund tilbake, men virker urolig og griper etter hånden din den siste stunden, kan dette være tegn på at behovet for tilstedeværelse har endret seg.

5.2 Pleie som lindrer

Dweyer et al. (2009) beskriver ivaretagelse av grunnleggende behov som sentralt for å fremme verdigheten til den døende (s. 189). Når døden nærmet seg, ønsket personalet å være nær og gi langsommere omsorg ved å senke tempoet i situasjoner rundt stell (Holmberg et al., 2018, s. 6). Dette samsvarer med hva Bondevik skriver om at det kreves en annen tilnærming til døende pasienter, og at stellet betydning ikke må undervurderes (Bondevik, 2012, s. 417).

Under min første sykehjemspraksis hadde jeg tett kontakt med en pasient som befant seg i livets siste dager. Jeg husker at det var veldig spesielt å stelle han, fordi hele stemningen og atmosfæren var endret til noe jeg ikke har opplevd før. Det var en ny stillhet, og jeg ble veldig oppmerksom på hvordan kontaktsykepleieren min brukte sine «hender». Det er vanskelig å forklare, men det lyste «omsorg» i måten hun stelte pasienten på. Hun tok seg god tid, selv om det egentlig var ganske hektisk ute i avdelingen. Hun tonet ned stemmen sin og forklarte med rolig stemme hva vi gjorde, selv om det var usikkert om han kunne høre oss eller om han var til stede. Denne tilnærmingen følte jeg var riktig, og verdig overfor pasienten som lå der. I samme periode opplevde jeg motstridende følelser. Følelsen av å ikke ville forlate pasienten men samtidig vite at det er andre som også har behov for min hjelp. Denne følelsen er også gitt uttrykk for i forskningen; «*My time [is a concern]. I want to be attentive to all my patients, and when one is actively dying, they deserve one-to-one care*» (Peterson, et al., 2010, s. 183). Jeg ser her en sammenheng mellom mine egne erfaringer og det forskningen presenterer fra deltagerne.

Ettersom den eldre ble svakere krevdes det mer tid til omsorgen, og helsepersonalet opplevde at pasientens behov for å ha noen ved sin side økte jo nærmere den eldre kom døden (Holmberg et al., 2018, s. 7). De kunne uttrykke dette på flere måter; gjennom ord, gjennom å gripe fast i sykepleierens hånd, ved å rope når de var alene, og gjennom å virke roligere når noen var tilstede (Hov et al., 2012, s. 54). Jeg har selv opplevd hvordan døende pasienter kan ha behov for å ha en hånd og holde i.

En av de største bekymringene helsepersonalet hadde i møte med den døende var å sørge for at de var komfortable (Peterson, et al., 2010, s. 184). Ifølge Brenne og Dalene (2016) er hovedmålet innen symptomlindring å gi lindring, komfort og trygghet (s. 640). Jeg tolker «komfortabel» som at de ønsket at pasienten skulle ha det så godt som mulig. Dette kunne gjøres ved å tilrettelegge for at han skulle ligge godt, ikke ha unødvendig med smerter, og ved at de sørget for å gi pleie som kunne lindre. Sykepleierne beskrev tegn på at pasientene ikke hadde det bra som kroppslige ubehag gjennom stønning, klynking med kroppslig rastløshet, forvrengte ansikt og klemming av øyne (Hov et al., 2012, s. 54).

For å lindre lidelse og sikre komfort hjalp sykepleierne til med komfortable stillingsendringer, gav omsorg for å beskytte huden og gjennomførte munnstell (s. 55). Hjort skriver i sin bok at det er spesielt viktig å tenke på trykksår, munnstell og eliminasjon ved slutfasen for å forebygge lidelser og for å unngå ubehag (Hjort, 2010, s. 141). Bondevik (2012) skriver at et godt munnstell er en vesentlig faktor i grunnleggende sykepleie, og at dette kan redusere plager som sår eller tørr munn og sprukne lepper (s. 417). Ifølge Lykke Trier (2013) er munnstell, ved siden av smertelindring, noe av det viktigste sykepleierne kan utføre for den døende (s. 913). Munnstell er noe jeg opplever blir forsømt på sykehjem, og jeg har selv vært vitne til døende som ofte ligger med tørr og åpen munn. Jeg husker som pårørende at det beste en av mine nære synes i sin siste tid var når jeg gjennomførte munnstell, og når jeg fuktet munnen med tupfere. Han sa personalet alltid hadde så dårlig tid, og spurte derfor om jeg kunne gjøre det. Selv mot slutten, når han for det meste sov, fortsatte jeg likevel med å fukte munnen hans fordi jeg visste dette lindret noe av hans plager.

Sykepleieteoretikeren Virginia Henderson fremhever sykepleiernes oppgave med å hjelpe til en fredfull død, og hun poengterer at denne hjelpen betyr å redusere smerte, ubehag og opplevelse av ensomhet (Mathisen, 2015, s. 133). Helsepersonalet i studien ønsket å gi omsorg som var bygget på respekt for den eldres liv og personlige behov, med fokus på deres velvære (Holmberg et al., 2018, s. 6). De ønsket å gi pleie av ypperste kvalitet. Dette mener jeg ble godt illustrert av en av deltagerne:

Man gir alt man har når man har omsorg for noen som skal dø. Da ligger jeg og tenker på det etterpå og evaluerer meg selv: 'Har jeg sagt de riktige tingene? Gjorde jeg alt jeg kunne for at de hadde godt leie? Hadde jeg gode hender?' Jeg tar det veldig alvorlig. (Jahr Svendsen et al., 2017, s. 10)

Som sykepleier må vi forholde oss til døden på en helt annen måte, og jeg ser det er mange utfordringer i arbeid med en døende pasient. Jeg mener vi kan gjøre vårt beste gjennom å heve kompetansen vår gjennom kunnskap, lytte til pasientens ønsker, og ved å samarbeide tett både med hverandre og med de pårørende, for å oppnå den beste pleien til den døende.

5.3 Virkelighetens hindringer

Sykepleierne mente det var viktig å være til stede hos den døende for å kunne gi helhetlig pleie og god omsorg (Jahr Svendsen et al., 2017, s. 7). De mente det ikke var nok å bare være innom en sjelden gang, men at det krevdes tilstedeværelse for å kunne observere, vurdere og iverksette tiltak (s. 7). De syntes det var frustrerende at underbemanning og manglende fagansatte kunne hemme pasientenes ønsker. Flere av artiklene uttrykket dette.

You want to do so much, you know, the best for everyone, but it's just not possible. The responsibility is too great and there is just not enough time for everyone...(Crying)... I don't know what to do, I want to do so much more. (Dweyer et al., 2009, s. 190)

Jeg opplever at det er stor forskjell på sykehjem og sykehus. På sykehus er det gjerne 4-5 sykepleiere på en vakt, mens på sykehjemmet er det som oftest bare en sykepleier, mens resten er helsefagarbeidere og assistenter. Jeg oppfatter det slik at det er dette de mener når det i forskningen trekkes frem manglende kompetanse. Når det gjelder argumentet for «tidsklemmen», mener jeg at dette er en utfordring som alltid vil være i helseyrket. Min mening er at egne holdninger har mye å si med hensyn til hvordan man griper an en arbeidsvakt, fordi jeg har opplevd den store forskjellen det er på hvordan et samarbeid kan «lage mer tid». Når jeg samarbeider godt med andre får vi gjort mer for de som bor der, og

plutselig får vi mulighet til å gi det lille ekstra siden vi organiserte arbeidet sammen. Det var lite fokus på samarbeid i forskningen jeg fant, og jeg savner et større fokus på det fordi jeg mener at hvis lederne organiserer arbeidet tydeligere og har mer fokus på samarbeid, kunne det gitt muligheter for mer tid med pasientene.

Manglende bemanning og manglende kompetanse var gjentakende forhold som kom frem i forskningen. Det gis uttrykk for frustrasjon rundt konflikten som kom mellom det idealet som de ønsker å gi av pleien, og den virkeligheten de opplevde med mange faktorer som hemmet dem i å oppfylle idealet. Det kom også frem fra de pårørendes perspektiv at tilgjengelighet av pleiere og kompetanse var viktig for deres trygghet (Midtbust et al., 2011, s. 83). Flere sykepleiere delte felles personlig bekymring når det kom til det å ha omsorg for en døende pasient. De fryktet at de ville være uegnet til å kunne gi den beste omsorgen for sine pasienter, på grunn av manglende erfaring (Peterson, et al., 2010, s. 183).

Jeg mener det er viktig at vi er hos den døende for at vi skal kunne gi helhetlig pleie og omsorg. Sentrale føringer beskriver observasjon av pasienten, god omsorg og kontinuitet av pasienten som sentralt i all grunnelegende pleie (Helse- og omsorgsdepartement, 2012, s. 88). I tillegg skriver de at pasienten skal ha tilgang til sikre og gode tjenester (Helse- og omsorgsdepartement, 2012, s. 88) Hvordan skal vi derimot kunne observere og gi god omsorg til den døende hvis vi ikke har nok bemanning eller kompetanse? Fra forskningen mener jeg en av deltagerne illustrerte sin frustrasjon på en god måte.

I wish that all those people from the different health and welfare departments would listen more to our wishes and maybe come here and stay for a day or so just to see what we are doing...I wish those who make political decisions would come here and see what we are doing. (Dweyer et al., 2009, s. 191)

Det står skrevet i de yrkesetiske retningslinjene i punkt 2.11 under «sykepleieren og pasienten» at «*Sykepleieren bidrar til en naturlig og verdig død, og at pasienten ikke dør alene*» (Norsk sykepleierforbund, 2015). For at vi skal kunne bidra til en naturlig død trenger vi kompetanse, og for at pasienten ikke skal dø alene trenger vi bemanning. Det beste vi kan

gjøre slik det er i dag, er å sette fokus på temaet gjennom diskusjoner og samarbeid. Det beste hadde selvfølgelig vært å få økt bemanningen av sykepleiere, men vi kan også selv ta ansvar for å søke kunnskap og skape gode diskusjoner i kollegafellesskapet.

Som nevnt i innledningen har jeg opplevd hvordan hektiske arbeidsdager kombinert med mangel på helsepersonell kan føre til at en pasient dør alene. Jeg mener personlig at et minimum for en verdig død bør være at ingen skal dø alene. Det står i FN's erklæring om den døendes rettigheter at «*jeg har rett til å slippe å dø alene*» (NOU 1999:2, s. 35). Det står i verdighetsgarantien at tjenestetilbudet skal tilrettelegges slik at hensyn ivaretas som «*lindrende behandling og en verdig død*» (Verdighetsgarantien, 2010, § 3). Uavhengig av hvilken rettighet den døende har, finnes det per i dag ingen lovfestet rett om fastvakt i Norge (Sætrang Holm, Norekvål, & Fållun, 2015, s. 221). Det står kun indirekte i helsepersonalets retningslinjer at vi skal ivareta pasientens verdighet med omsorg og respekt (Brenden, K.I, 2012 sitert i Sætrang Holm, Norekvål & Fållun, 2015, s. 221).

6 Konklusjon

Hensikten med denne oppgaven var finne ut hva som ligger i begrepet «en verdig død», og hvordan vi som sykepleiere kan legge til rette for dette. Forskning og teori viser at det ikke finnes en entydig definisjon på begrepet, men at vi må ta utgangspunkt i hva pasienten ønsker. Det kommer tydelig frem at vi må behandle pasienten som en person, og at vi må respektere han for den personen han er.

Funnene viser at grunnleggende pleie, lindring og trygghet er sentralt for å kunne gi pasientene en verdig død, og at det er viktig at dette blir tilpasset hver enkelt. Det som kan hindre helsepersonalet å gi dette er manglende bemanning er, manglende tid og manglende kompetanse. Deltagerne i studiene uttrykte frustrasjon mellom idealet de ønsket å gi av pleie og alle hindringene for å kunne oppfylle idealet i virkelighetens verden. De ønsket å være nær den døende og å gi pleie av ypperste kvalitet, men manglet ofte ressursene til å utføre dette på best mulig måte. Det kommer frem i teori og forskning at helsepersonalet, så

vel som de pårørende, ikke ønsker at pasienten skulle dø alene. Dette blir sett på som viktig for å bidra til en verdig død. Helsemyndighetene bør rette mer fokus mot palliasjon for eldre, og det bør komme en lov om fastvakt. På denne måten skal ingen måtte oppleve å dø alene.

Forfatterne i noen av forskningsartiklene fremhever behovet for mer fokus rundt temaet, og mer forskning. Personlig mener jeg det ville vært spennende å se om økt fokus rundt palliasjon, samarbeid og klarere arbeidsfordeling kunne utgjort en forskjell.

7 Referanser

- Alvsvåg, H. (2016). Omsorg - med utgangspunkt i Kari Martinsens omsorgstenkning. I A. Tolo Heggstad, & U. Knutstad (Red.), *Sentrale begreper og fenomener i klinisk sykepleie: Sykepleieboken 2* (4. utg., ss. 346-380). Oslo: Cappelen Damm AS.
- Bondevik, M. (2012). Pleie og omsorg mot livets slutt. I M. Bondevik, & H. A. Nygaard (Red.), *Tverrfaglig geriatri: En innføring* (3. utg., ss. 409-422). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Brenne, A.-T., & Dalene, R. (2016). Symptomlindring av den døende pasienten. I S. Kaasa, & J. H. Loge (Red.), *Palliasjon: Nordisk lærebok* (3. utg., ss. 638-652). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Dweyer, L.-L., Andershed, B., Nordenfelt, L., & Ternestedt, B.-M. (2009, 11. august). Dignity as experienced by nursing home staff. *International Journal of Older People Nursing*, 4(3), ss. 185-193. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1748-3743.2008.00153.x>
- Edlund, M., & Lindwall, L. (2017). Værdighet. I L. Wiklund Gustin, & I. Bergbom (Red.), *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik* (ss. 201-212). Lund: Studentlitteratur AB.
- Folkehelseinstituttet. (2018, 12. desember, oppdatert 2019, 24. januar). De fleste dør på sykehjem, få dør hjemme. Hentet 20.3.2019 fra <https://www.fhi.no/nyheter/2018/de-fleste-dor-pa-sykehjem/>
- Folkehelseinstituttet. (2016, 3. juni). Sjekklistor. Hentet 20.3.2019 fra <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistor>
- Helse- og omsorgsdepartement. (2008). *Samhandlingsreformen: Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. (Meld. St. nr. 47 2008-2009). Hentet 29.4.2019 fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartement. (2012). *Morgendagens omsorg*. (Meld. St. nr. 29 2012-2013). Hentet 29.4.2019 fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/34c8183cc5cd43e2bd341e34e326dbd8/no/pdfs/stm201220130029000dddpdfs.pdf>
- Hjort, P. F. (2010). *Alderdom: Helse, omsorg og kultur*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Holmberg, I., Hellstrøm, I., & Østerlind, J. (2018, 1. januar). End-of-life care in a nursing home: Assistant nurses' perspectives. *Nursing Ethics*, ss. 1-13. doi: <https://doi.org/10.1177/0969733018779199>
- Hov, R., Hedelin, B., & Athlin, E. (2012, 7. februar). Nursing care for patients on the edge of life in nursing homes: obstacles are overshadowing opportunities. *International*

Journal of Older People Nursing, 8(1), ss. 50-60. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1748-3743.2011.00306.x>

Høgskolen på Vestlandet. (2017, 27. januar, oppdatert 2018, 27. november). Canvas - læringsplattformen ved HVL. Hentet 9.5.2019 fra <https://www.hvl.no/student/laringsplattform/>

Jahr Svendsen, S., Th. Landmark, B., Grov, E. K., & Svendsen, S. J. (2017, 27. september). Døende pasienter i sykehjem: Sykepleiere gjør "mer av alt" og er "alene om alt". *Sykepleien Forskning*, 12(63396), ss. 1-22. doi: <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2017.63396>

Lykke Trier, E. (2013). Lindrende sykepleie. I U. Knutstad (Red.), *Utøvelse av klinisk sykepleie: Sykepleieboken 3* (2. utg., ss. 892-944). Oslo: Cappelen Damm AS.

Mathisen, J. (2015). Hva er sykepleie? I E. K. Grov, & I. M. Holter (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie: Sykepleieboken 1* (5. utg., ss. 119-141). Oslo: Cappelen Damm AS.

Midtbust, M. H., Lykkeslet, E., & Skovdahl, K. (2011, 6. september). "Med mobilen i lomma" Pårørendes erfaringer når en av deres nære dør i sykehjem. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*, 7(1), ss. 77-90. doi: <https://doi.org/10.7557/14.1828>

Norsk Sykepleierforbund. (2007). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere: ICNs etiske regler. Hentet 3.5.2019 fra <https://www.nsf.no/Content/2182991/seefile>

Norsk sykepleierforbund. (2011, 9. august). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere: ICNs etiske regler. Hentet 3.5.2019 fra <https://www.nsf.no/Content/2182990/seefile>

Norsk sykepleierforbund. (2015). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Hentet 3.5.2019 fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere>

Nortvedt, W. M., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Reinart, L. M., & Nordheim, L. V. (2017). *Jobb kunnskapsbasert!* (2. utg.). Oslo: Cappelen Damm AS.

NOU 1999: 2. (1999, 20. januar). *Livshjelp— Behandling, pleie og omsorg for uhelbredelig syke og døende*. Oslo: Statens forvaltningstjeneste. Hentet 20.3.2019 fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/30dbabb28fce4cbaa027317b4acb4918/nou/pdfa/nou199919990002000dddpdfa.pdf>

Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). Hentet 1.5.2019 fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

Peterson, J., Johnson, M., Halvorsen, B., Apmann, L., Chang, P.-C., Kershek, S., . . . Pincon, D. (2010, 1. april). What is it so stressful about caring for a dying patient? A qualitative study of nurses' experiences. *International Journal of Palliative Nursing*, 16(4), ss. 181-187. doi: <https://doi.org/10.12968/ijpn.2010.16.4.47784>

- Saltvedt, I., & Bruun Wyller, T. (2016). Palliativ behandling av gamle. I S. Kaasa, & J. H. Loge (Red.), *Palliasjon: Nordisk lærebok* (3. utg., ss. 262-273). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Sneltvedt, T. (2016). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. I B. Støre Brinchmann (Red.), *Etikk i sykepleien* (4. utg., ss. 97-110). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Statistisk sentralbyrå. (2018, 15. juni). Sjukeheimar, heimetenester og andre omsorgstenester. Hentet 25.4.2019 fra <https://www.ssb.no/helse/statistikker/pleie/aar>
- Sætrang Holm, M., Norekvål, T. M., & Fålun, N. (2015). Det siste stell. I M. Sætrang Holm, & S. Husebø (Red.), *En verdig alderdom: Omsorg ved livets slutt* (ss. 210-224). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Thidemann, I.-J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskrivning*. Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Thoresen, L., & Dahl, M. (2015). Sykepleie til den døende pasienten. I E. K. Grov, & I. M. Holter (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie: Sykepleieboken 1* (5. utg., ss. 926-960). Oslo: Cappelen Damm AS.
- Tolo Heggstad, A. K. (2016). Verdighet som fenomen i sykepleien. I A. K. Tolo Heggstad, & U. Knutstad (Red.), *Sentrale begreper og fenomener i klinisk sykepleie* (4. utg., ss. 23-39). Oslo: Cappelen Damm AS.
- Verdighetsgarantien. (2010). Forskrift om en verdig eldreomsorg (FOR-2010-11-12-1426). Hentet 1.5.2019 fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2010-11-12-1426>
- World Health Organization. (2002). WHO Definition of Palliative Care. Hentet 3.5.2019 fra <https://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>

8 Vedlegg 1 – Søketableller

Søketabell nr.1

Søk i Academic Search Elite, inkludert Cinahl med Full Text og Medline 25.04.19			
Nummer	Søkeord	Avgrensning	Resultat/antall
S1	Palliative care		104 123
S2	Nursing home		85 957
S3	Dignity		22 214
S4	End of life		122 738
S5	S1 AND S2 AND S3 AND S4		77
S6	S1 AND S2 AND S3 AND S4	Publiseringsdato fra 2009 til 2019	40

Av de 40 resultatene jeg fikk, valgte jeg «*Dignity as experienced by nursing home staff*» skrevet av Lise-Lotte Dweyer, Birgitta Andershed, Lennart Nordenfelt og Britt-Marie Ternestedt (2009). Artikkelen var nummer 33 på listen. For å få tilgang til artikkelen trykket jeg på «Finn/bestill i Oria» via høyskolen på Vestlandet sine sider. Her fant jeg lenke til artikkelen gjennom «Wiley Online Library», hvor den var lagt inn som PDF fil.

Denne artikkelen ble publisert for 10 år siden, men jeg mener den er bra å ta med i oppgaven siden problemstillingen jeg skulle behandle, handler om hvordan jeg som sykepleier kan bidra til en verdig død. Det finnes nyere forskning om hva helsepersonell legger i ordet verdighet for pasienter ved sykehjem, men jeg valgte å bruke denne artikkelen fordi den retter seg spesifikk mot verdighet mot livets slutt. Jeg anser den derfor som meget relevant.

Søketabell nr.2

Søk i Academic Search Elite, inkludert Cinahl med Full Text og Medline 25.04.19			
Nummer	Søkeord	Avgrensning	Resultat/antall
S1	Nursing OR Nurses		975 987
S2	Patient care		1 136 578
S3	Dying		85 931
S4	S1 AND S2 AND S3		3 029
S5	Qualitative		602 955
S6	S4 AND S5		701
S7	S4 AND S5	Publiseringsdato fra 2009 til 2019	515
S8	S4 AND S5 NOT CANCER NOT DEMENTIA	Publiseringsdato fra 2009 til 2019	391
S9	S4 AND S5 NOT CANCER NOT DEMENTIA	Publiseringsdato fra 2009 til 2019 og full text	117

Hensikten med dette søket å finne en studie som rettet seg mot sykepleiernes syn på å pleie en døende pasient. Etersom hele 3029 treff ble for mye å gå igjennom, valgte jeg å bruke ordet «Qualitative», siden en kvalitativ metode går ut på å undersøke erfaringer gjerne gjennom intervjuer av aktuelle kandidater. Da jeg kombinerte S4 med «qualitative» fikk jeg 701 treff. For å avgrense mer brukte jeg publiseringsavgrensning, full text kombinert med «NOT CANCER» og «NOT DEMENTIA». Jeg valgte vekk kreft og demens, fordi jeg fikk mange treff som rettet seg mot det. Jeg fikk tilslutt 117 treff, og valgte «*What is so stressful about caring for a dying patient? A qualitative study of nurses' experiences*» (Peterson, et al., 2010). Artikkelen var nummer 22 på listen.

Søketabell nr.3

Søk i sykepleierforskning 25.04.19			
Nummer	Søkeord	Avgrensning	Resultat/antall
1	Palliasjon	Publiseringsdato fra 2009 til 2019.	132
2	Palliasjon	Publiseringsdato 2009 til 2019 + avgrensning til kun forskning	33

Ved søk nummer 2 valgte jeg artikkelen «*Døende pasienter i sykehjem: Sykepleiere gjør «mer av alt» og er «alene om alt»*», skrevet av Sandra Jahr Svendsen, Bjørg Th. Landmark, Ellen Karine Grov (2017). Den var nummer 7 på listen. Jeg ønsket med dette søket å finne en norsk forskningsartikkel som handlet om arbeid innen palliasjon. I listen så jeg etter artikler som var knyttet opp mot min egen avgrensning. For meg var det derfor viktig at studien hadde foregått i sykehjem og at deltakerne var helsepersonell.

Søketabell nr.4

Søk i Academic Search Elite, inkludert Cinahl med Full Text og Medline 27.04.19			
Nummer	Søkeord	Avgrensning	Resultat/antall
S1	Nursing home		134 678
S2	End of life OR Palliative care		257 231
S3	S1 AND S2		6 686
S4	S1 AND S2	Publiseringsdato fra 2018 til 2019	675
S5	S4	Publiseringsdato fra 2018 til 2019 + Full text	113

Jeg ønsket mer oppdatert forskning og avgrenset publiseringsdatoen fra 2018 til 2019. Jeg fikk 675 treff. Dette var for mange artikler til å se igjennom. Jeg valgte derfor å avgrense søket med «full text». Jeg fikk da 113 treff, heriblant fant jeg artikkelen «*End-of-life care in a nursing home: Assistant nurses' perspectives*» (Holmberg, Hellstrøm, & Østerlind, 2018). Den var nummer 35 på listen. For å laste ned artikkelen som PDF fil trykket jeg på «Finn/bestill i Oria» hvor den befant seg under «SAGE JOURNALS Premier 2018». Denne artikkelen trekker frem erfaringer fra assistenter med 3 års videregående utdanning. Jeg anser dette som relevant fordi oppgaven retter fokus mot generell god pleie til døende pasienter, og denne pleien blir også gitt av assistenter.

Søketabell nr.5

Søk i PubMed 27.04.19			
Nummer	Søkeord	Avgrensning	Resultat/antall
1	Nursing care	Publiseringsdato innen 10år.	691223
2	Nursing home	Publiseringsdato innen 10 år.	86371
3	Edge of life	Publiseringsdato innen 10år.	2968
4	1 AND 2 AND 3	Publiseringsdato innen 10år.	24

Jeg brukte PubMed for å se etter andre artikler. Her forsøkte jeg å bruke de samme ordene som ved tidligere søk uten lykke. Jeg oversatte derfor ordet «kanten av livet» gjennom google oversetter, og fikk ordet «Edge of life». Jeg forsøkte mange kombinasjoner før jeg til slutt fant en forskningsartikkel som var til nytte for min bachelor oppgave. Artikkelen «*Nursing care for patients on the edge of life in nursing homes: obstacles are overshadowing opportunities*» (Hov, Hedelin, & Athlin, 2012). Jeg fant den som nummer 14 på listen.

Søketabell nr.6

Søk i Google Scholar 05.05.19			
Nummer	Søkesetning	Avgrensning	Resultat/antall
1	«pårørende til døende i sykehjem»	Publiseringsdato fra 2010 – 2019.	577

Hensikten med dette søket var å finne en forskningsartikkel med søkelys på pårørendes erfaringer med sine nærmeste i livets siste dager. Jeg fant artikkelen «*Med mobilen i lomma.*» *Pårørendes erfaringer når en av deres nære dør i sykehjem*» skrevet av Midtbust, Lykkeslet og Skovdahl, 2011. Den var nummer to på listen.

Den døende pasienten er i en sårbar situasjon og det er derfor vanskelig å finne forskning som rettes fra pasientens perspektiv. Jeg brukte derfor sykepleiernes og pårørendes perspektiv for å belyse problemstillingen på best mulig måte. Jeg kommer ikke til å vektlegge denne artikkelen på lik linje med de andre, men jeg ønsker å hente ut utsagn fra pårørende inn i drøftingsdelen slik at jeg får belyst tema best mulig.

9 Vedlegg 2 – Sjekkliste for kvalitativ forskning

	Artikkel 1:	Artikkel 2:	Artikkel 3:	Artikkel 4:	Artikkel 5:	Artikkel 6:
Sjekkliste for kvalitativ forskning av Folkehelseinstituttet (2016).	<i>Dignity as experienced by nursing home staff</i> Skrevet av Dweyer, Andershed, Nordenfelt og Ternestedt, (2009).	<i>Døende pasienter i sykehjem: Sykepleiere gjør «mer av alt» og er «alene om alt»</i> skrevet av Jahr Svendsen, Th. Landmark, Grov og Svendsen, (2017).	<i>End-of-life care in a nursing home: Assistant nurses' perspectives</i> skrevet av Holmberg, Hellstrøm og Østerlind, (2018).	<i>“Med mobilen i lomma” Pårørendes erfaringer når en av deres nære dør i sykehjem</i> skrevet av Midtbust, Lykkeslet og Skovdahl, (2011).	<i>Nursing care for patients on the edge of life in nursing homes: obstacles are overshadowing opportunities</i> skrevet av Hov, Hedelin og Athlin, (2012).	<i>What is it so stressful about caring for a dying patient? A qualitative study of nurses' experiences</i> skrevet av Peterson, et al., (2010).
Er formålet med studien klart formulert?	Ja Uklart Nei (x) (o) (o)	Ja Uklart Nei (x) (o) (o)	Ja Uklart Nei (x) (o) (o)	Ja Uklart Nei (x) (o) (o)	Ja Uklart Nei (x) (o) (o)	Ja Uklart Nei (x) (o) (o)
Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?	Ja Uklart Nei (x) (o) (o)	Ja Uklart Nei (x) (o) (o)	Ja Uklart Nei (x) (o) (o)	Ja Uklart Nei (x) (o) (o)	Ja Uklart Nei (x) (o) (o)	Ja Uklart Nei (x) (o) (o)
Er utformingen av studien hensiktsmessig for å finne svar på problemstillingen?	Ja Uklart Nei (x) (o) (o) Kommentar: Studien brukte induktiv kvalitativ innholdsanalyse som metode. De samlet inn data gjennom intervjuer (s. 187).	Ja Uklart Nei (x) (o) (o) Kommentar: Studien har et deskriptivt- og et kvalitativt eksplorativt design. De benyttet fokusgruppeintervju. (s. 3).	Ja Uklart Nei (x) (o) (o) Kommentar: Forfatterne samlet inn data gjennom halvstrukturert individuelle intervjuer med syv assistenter fra sykehjem i Sverige (s. 3).	Ja Uklart Nei (x) (o) (o) Kommentar: En kvalitativ studie. De samlet informasjon gjennom semistrukturerte, individuelle intervjuer med 6 deltagere (s. 79).	Ja Uklart Nei (x) (o) (o) Kommentar: Forfatterne brukte en fenomenografisk tilnærming som er opptatt av kvalitative forskjeller. De intervjuet 14 sykepleiere fra to sykehjem i Norge (ss. 51-52).	Ja Uklart Nei (x) (o) (o) Kommentar: Forfatterne rekrutterte 15 sykepleiere og sykepleierstudenter. 8 deltagere ble intervjuet personlig og 7 gjennom online (ss. 182-183).

<p>Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?</p>	<p>Ja Uklart Nei (x) (o) (o) Kommentar: Forfatterne brukte formålaktig prøvetakning for å oppnå variasjon og informasjonsrike intervjuer. Helsepersonell fra fire svenske sykehjem ble spurt om å delta. 21 deltagere fra fire enheter ble inkludert (s. 187).</p>	<p>Ja Uklart Nei (x) (o) (o) Kommentar: De sendte ut skriftlig informasjon til tre østlandskommuner, deltagerne som ønsket å delta underskrev samtykkeskjema. Det var utfordrende å få nok antall deltagere, og de ente opp med tolv sykepleiere fra tre kommuner (s. 4).</p>	<p>Ja Uklart Nei (x) (o) (o) Kommentar: De fikk samtykke fra en leder av et sykehjem i Sveige som gav de en liste over assistenter. Kravene for deltakelse var godkjent videregående opplæring med fokus på omsorg, og minst tre års erfaring med å jobbe i sykehjem. Første forfatter tok kontakt med aktuelle kandidater og det ble inkludert 7 deltagere (s. 3).</p>	<p>Ja Uklart Nei (x) (o) (o) Kommentar: De spurte leder ved tre sykehjem i en middels stor bykommune. Avdelingsleder sendte informasjonsbrev til 14 pårørende. Brevene ble sendt ut mellom seks og åtte uker etter dødsfallet. Det var lite respons på brevene, og det ble derfor tatt kontakt per telefon. Til slutt endte de med totalt seks deltagere. Fire pårørende fra sykehjem 1, to fra sykehjem 2 og ingen fra sykehjem 3 (s. 79).</p>	<p>Ja Uklart Nei (x) (o) (o) Kommentar: De brukte en målrettet prøvetakning til å rekruttere deltagere, men hensyn til forskjeller i kjønn, utdanningsnivå, arbeidserfaring og skift. Det var 14 sykepleiere som hadde disse kriteriene, og alle valgte å delta i studien (s. 52).</p>	<p>Ja Uklart Nei (x) (o) (o) Kommentar: De rekrutterte deltagerne ved hjelp av snøballprøveteknikk ved å bruke både ansikt-til-veggintervjuing og online. Forelektrosnik rekruttering ble forespørsler sendt til kjente kontakter og grupper. Undersøkelsen ble levert gjennom en On-line undersøkelsestjeneste (ss. 182-183).</p>
<p>Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?</p>	<p>Ja Uklart Nei (x) (o) (o) Kommentar: De brukte intervju guide, I tillegg brukte de oppfølgingsspørsmål for å få en bedre forståelse når det var nødvendig. Første forfatteren gjennomførte</p>	<p>Ja Uklart Nei (x) (o) (o) Kommentar: Intervjuene ble gjennomført av førsteforfatter, og samtalene vare mellom 55-70 minutter. De hadde en assisterende moderator</p>	<p>Ja Uklart Nei (x) (o) (o) Kommentar: Intervjuene ble gjennomført av første forfatter, og samtalene vare fra 34-64 min. De ble transkribert ordrett. Fe nyttet en intervjuhåndbok i tillegg til oppfølgingsspørsmål (ss. 3-4).</p>	<p>Ja Uklart Nei (x) (o) (o) Kommentar: Første forfatter gjennomførte semistrukturerte individuelle intervjuer. Det ble brukt et intervju guide som større og for å utdype spørsmålene. Samtalene ble tatt opp på bånd og senere</p>	<p>Ja Uklart Nei (x) (o) (o) Kommentar: En av forfatterne intervjuet deltagerne individuelt to ganger, og samtalene varte omtrent 1 time hver gang. Samtalene ble tatt opp på bånd og senere transkribert</p>	<p>Ja Uklart Nei (x) (o) (o) Kommentar: Intervjuene ble gjennomført av syv forfattere som også deltok i dataanalysen. Det ble brukt lydopptak under intervjuene. Etter transkribering av båndene var</p>

	intervjuene, og samtalene vare mellom 30 – 90 minutter. Alt ble tatt opp på bånd og deretter ble det transkribert (s.187-188).	som tok notater, og de nyttet veiledende temaguide for å få struktur i samtalene. Alle forfatterne hadde erfaring innen palliasjon (ss. 5-6)		transkribert. De nevner at et intervju foregikk per telefon da personen bodde lang unna (ss. 79-80).	ordrett (ss. 52-53).	transkripsjonen e bekreftet med lydbåndene. Transkripsjonene ble deretter nøye undersøkt sammen med de nettbaserte undersøkelsene etterhvert sorterte de inn i spesifikke temaer (s. 183).
Ble det gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?	Ja Uklart Nei (x) (o) (o) Kommentar: Når de utførte analysen utførte de også søk for alternative tolkninger av data. For å legge til troverdigheten til funnene, analyserte tre av forfatterne intervjuene. Funnene ble sammenlignet og diskutert av tre forfattere til de oppnådde en felles forståelse (s.188).	Ja Uklart Nei (x) (o) (o) Kommentar: Forfatterne beskriver at de forsøkte å sikre påliteligheten gjennom å følge trinnene i analysen av data, i tillegg nyttet de sitater for å vise troverdighet i funnene (s. 17).	Ja Uklart Nei (x) (o) (o) Kommentar: Forfatterne har brukt assistentenes ordlyd i tillegg til sitater for å øke troverdigheten til analysen. I tillegg har de diskutert med andre forskere. De skriver at de ikke kan garantere at deres egne antagelser kan ha påvirket analysen (s. 4).	Ja Uklart Nei (o) (o) (x) Kommentar: Forfatterne beskriver ikke tydelig hva som kan ha påvirket tolkningene. De nevner kun at det var få deltakere i studien (s. 80).	Ja Uklart Nei (x) (o) (o) Kommentar: Studien har sine begrensninger med tanke på at spørsmålene tok utgangspunkt i pasientens behov, sett gjennom sykepleies øyne. De poengterer at det er funnet likheter mellom deres studie og pasientrelaterte funn i andre studier som kan støtte troverdigheten. De mener troverdigheten ble styrket ved at de gjennomførte intervjuene to ganger (s. 57).	Ja Uklart Nei (x) (o) (o) Kommentar: Forfatterne beskriver at det kan være en begrensning for studien at det var få deltakere. I tillegg beskrev de at on-line undersøkelsene kan være en svakhet da det blir kortere svar, og fordi man ikke får fulgt opp med tilleggs spørsmål (s. 186).

Er etiske forhold vurdert?	Ja Uklart Nei (x) (o) (o)	Ja Uklart Nei (x) (o) (o)	Ja Uklart Nei (x) (o) (o)	Ja Uklart Nei (x) (o) (o)	Ja Uklart Nei (x) (o) (o)	Ja Uklart Nei (x) (o) (o)
Går det klart frem hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?	Ja Uklart Nei (x) (o) (o)	Ja Uklart Nei (x) (o) (o)	Ja Uklart Nei (x) (o) (o)	Ja Uklart Nei (x) (o) (o)	Ja Uklart Nei (x) (o) (o)	Ja Uklart Nei (x) (o) (o)
Basert på svarene dine på punkt 1 – 8 over, mener du at resultatene fra denne studien er til å stole på?	Ja Uklart Nei (x) (o) (o)	Ja Uklart Nei (x) (o) (o)	Ja Uklart Nei (x) (o) (o)	Ja Uklart Nei (x) (o) (o)	Ja Uklart Nei (x) (o) (o)	Ja Uklart Nei (x) (o) (o)
Er funnene klart presentert?	Ja Uklart Nei (x) (o) (o)	Ja Uklart Nei (x) (o) (o)	Ja Uklart Nei (x) (o) (o)	Ja Uklart Nei (x) (o) (o)	Ja Uklart Nei (x) (o) (o)	Ja Uklart Nei (x) (o) (o)

<p>Hvor nyttige er funnene fra denne studien?</p> <p>Kommentar:</p> <p>Se hovedoppgaven for presentasjon av funn.</p>	<p>Kommentar:</p> <p>Forfatterne diskuterte om det ville være verdifullt å gjennomføre videre studier med fokus på personalforhold over tid ved hjelp av en kombinasjon av observasjoner og intervjuer (s. 192).</p>	<p>Kommentar:</p> <p>Forfatterne mener at det i fremtiden bør vektlegges forskningsområder på kartleggingsstudier av sykepleieres erfaringer og konsekvenser for sykepleierutdanning (s.18).</p>	<p>Kommentar:</p> <p>Forfatterne mener at helsesektoren må gi tid for eksistensielle samtaler og omsorgstilsyn for å kunne møte det etiske ansvaret for eldre mennesker i slutten av livet. De mener det ville vært verdifullt å undersøke hvordan eldre mennesker opplever den kroppslige omsorgen de motta (s. 10).</p>	<p>Kommentar:</p> <p>Forfatterne mener det er behov for videre forskning om det å være pårørende til en døende pasient i sykehjem, og da men fokus på deres behov (s.88).</p>	<p>Kommentar:</p> <p>Forfatterne mener at sykepleierforvaltninger og lærere bør engasjere seg i kompetanseutvikling om sykepleie for døende pasienter i sykehjem. De skriver at det bør fokusere mot tilstrekkelig kompetente personell, åpen kommunikasjon, samarbeid og støttende systemer for å understøtte sykepleieres faglige makt og styrke (s. 58).</p>	<p>Kommentar:</p> <p>Forfatterne mener det er nødvendighet med mer forskning for å få utforske flere aspekter ved omsorg for døende pasienter, og hvilken bekymring dette gir. De mener at slik forskning kan føre til utvikling av programmer som kan hjelpe sykepleiere å minke stresset (s. 186).</p>
---	---	---	--	--	--	---

(Folkehelseinstituttet , 2016). Tabellen er laget som en illustrasjon fra Helsebiblioteket sin sjekklister. Helsebiblioteket driftes i Folkehelseinstituttet, og det er derfor referert til dem.

Merknad: Jeg vil gjøre oppmerksom på at det kun er beskrevet kort i tabellen. Artiklene svarer mer utfyllende, og med flere momenter.