



Høgskulen på Vestlandet

Sykepleie, forskning og fagutvikling (Bacheloroppgave)

SYKSB3001

Predefinert informasjon

Startdato:	24-02-2020 09:00	Termin:	2020 VÅR
Sluttdato:	22-04-2020 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Sykepleie, forskning og fagutvikling (Bacheloroppgave)		
SIS-kode:	203 SYKSB3001 1 PRO-1 2020 VÅR stord		
Intern sensor:	Inger Helen Hardeland Hjelmeland		

Deltaker

Kandidatnr.: 665

Informasjon fra deltaker

Tittel *: Hvordan kan sykepleier bidra til en verdig død hos kreftrammede pasienter på sykehjem?
Antall ord *: 8499
Egenerklæring *: Ja

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

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

«Hvordan kan sykepleier bidra til en verdig død hos kreftrammede pasienter på sykehjem?»

«How can nurses provide cancer patients in a nursing home a worthy death?»

Kandidatnummer: 665

Bachelor i sykepleie

Fakultet for helse- og sosialvitenskap

Institutt for helse- og omsorgsvitenskap

Veileder: Inger Helen Hardeland Hjelmeland

Innleveringsdato: 22.04.20 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, § 12-1.



**Høgskulen
på Vestlandet**

**«Hvordan kan sykepleier bidra til en verdig død hos
kreftrammede pasienter på sykehjem?»**



(Foto: privat)

Bacheloroppgave i sykepleie

Høgskulen på Vestlandet, campus Stord

Kull 2017

Våren 2020

Antall sider: 36

Antall ord: 8499

Sammendrag

Tittel: Hvordan kan sykepleier bidra til en verdig død hos kreftrammede pasienter på sykehjem?

Bakgrunn for valg av tema: Rundt 27% av alle dødsfall som skjer i Norge skyldes en kreftsykdom. Norge er et land som er verdensledende for antall institusjonsplasser, og 47% i Norge tilbringer sin siste levetid på sykehjem. Egne erfaringer med pasienter har gjort sterkt inntrykk på meg, og ønsket om å øke kunnskap rundt god palliativ pleie og en verdig død er hovedgrunn for valg av tema.

Problemstilling: Hvordan kan sykepleier bidra til en verdig død hos kreftrammede pasienter på sykehjem?

Hensikt: Hensikten er å se på hvordan sykepleieren ved hjelp av etikk, kommunikasjon og samhandling kan bidra til en verdig død hos den kreftrammede pasienten.

Metode: Litteraturstudie blir brukt som metode og ulike forskningsartikler og annen relevant litteratur blir brukt for å svare på problemstillingen.

Resultater: Resultatene indikerer at det er økt behov for kompetanse og fagutvikling blant sykepleiere på sykehjem når det gjelder palliativ pleie. Gode organisatoriske rammer og en velutviklet plan i forkant, samt tverrprofesjonelt samarbeid, etikk, og kommunikasjon vil bidra til at pasienten kan oppnå en verdig død.

Konklusjon: Tekniske ferdigheter og god gjennomføring av prosedyrer står sentralt. Men like sentralt er også sykepleierens evne til kommunikasjon, kunne ta stilling til etiske dilemmaer, samhandling, symptomlindring og kompetanse. Bruk av kartleggingsverktøy, tilføyning av fagutvikling og gode organisatoriske rammer er essensen for å kunne bidra til en verdig død.

Nøkkelord: Verdighet, Palliativ pleie, Kreft, Sykepleie, Sykehjem

Abstract:

Title: How can nurses provide cancer patients in a nursing home a worthy death?

Background: Around 27% of all deaths that occur in Norway are due to cancer. Norway is a world leader in the number of institutional places, and 47% of Norwegians spends their last time in life in nursing homes. My own experience with patients has made a strong impression on me, and the desire to increase knowledge about good palliative care and a worthy death is the main reason for choosing this theme.

Issue: How can nurses provide cancer patients in a nursing home a worthy death?

Aim: The purpose is to look at how the nurse, through the use of ethics, communication and interaction, can help the patient to a worthy death.

Method: Literature study is used as a method and various research articles and other relevant literature are used to answer the issue.

Results: The results indicate that there is an increased need for expertise and professional development among nurses in nursing homes when it comes to palliative care. A good organizational framework and a well-developed plan in advance, as well as cross-professional collaboration will help the patient achieve a worthy death.

Conclusion: Technical skills and good execution of procedures are central. But equally important is the nurse's ability to communicate, be able to handle ethical dilemmas, and interact. Symptom relief and competence and the use of mapping tools, the professional development and good organizational frameworks are the essentials to provide the patient a worthy death.

Key words: Dignity, Palliative care, Cancer, Nursing, Nursing home

Innholdsfortegnelse

1.0 INNLEDNING.....	1
1.1 BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA	1
1.2 PROBLEMSTILLING	2
1.3 PRESISERING OG AVGRENSNING AV OPPGAVEN.....	2
1.4 BEGREPSAVKLARING	2
1.4.1 Verdighet	2
1.4.2 Palliasjon.....	3
1.4.3 Sykehjem.....	3
1.4.4 Kreft.....	3
2.0 TEORI.....	4
2.1 SYKEPLEIETEORETISK PERSPEKTIV	4
2.2 KREFT OG SMERTEBEHANDLING	5
2.3 PALLIASJON	5
2.4 VERDIG DØD	6
2.5 ETISKE HENSYN I PALLIASJON.....	7
2.6 KOMMUNIKASJON.....	7
2.7 SYKEHJEM	8
3.0 METODE	9
3.1 LITTERATURSTUDIE	9
3.2 FREMGANGSMÅTE	9
3.3 SØKEPROSESS	10
.....	11
.....	11
3.4. METODEKRITIKK	11
3.4.1 Vurdering av egen oppgave	11
3.4.2 Kildekritikk.....	11
3.4.3 Forskningsetikk.....	12
4.0 RESULTAT.....	13
4.1 SAMMENDRAG AV FORSKNINGSARTIKLENE	13
4.1.1 Palliative care provision in long-term care facilities differs across Europe: Results of a cross-sectional study in six European countries (PACE).....	13
4.1.2 Er sykehjemmet et verdig sted å dø?.....	13
4.1.3 Preserving dignity in end-of-life nursing home care: Some ethical challenges	14
4.1.4 In search of legitimacy – registered nurses’ experience of providing palliative care in a municipal context.....	15
4.1.5 How to come to terms with facing death: a qualitative study examining the experiences of patients with terminal Cancer	15
4.1.6 Patterns of dignity-related distress at the end of life: A cross-sectional study of patients with advanced cancer and care home residents	16
4.2 OPPSUMMERING AV FUNN.....	16
5.0 DRØFTING.....	17
5.1 KOMMUNIKASJON OG ETISKE DILEMMA	17
5.2 SYKEHJEM SOM ARENA – KOMPETANSE.....	19
5.3 SMERTELINDRING FOR EN VERDIG DØD	20
6.0 AVSLUTNING	23
REFERANSELISTE	24
VEDLEGG 1 – SØKETABELLER	29
VEDLEGG 2 – OVERSIKTSTABELL.....	31

1.0 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

I følge kreftregisteret (2020) ble det i 2018 diagnostisert 34.190 nye krefttilfeller. Det viser seg at 27% av alle dødsfall som skjer i Norge skyldes en kreftsykdom. Selv om det forekommer i alle aldre, vokser risikoen betydelig jo eldre en blir, og en stor andel av kreftsykdom som oppstår, er hos eldre mennesker (Bertelsen, Hornslien & Thoresen, 2016, s. 131). Tre av fire tilfeller diagnostiseres hos mennesker over 60 år. De senere årene har det vært en økning i antall dødsfall som skjer i sykehjem (Kreftregisteret, 2020). Funn fra Helse- og omsorgsdepartementet (2013, s. 25) viser at det i fremtiden vil kreve at sykehjem har enda mer kompetanse og flere ressurser for å kunne bidra til god pleie og behandling i den palliative fasen.

Min motivasjon for å skrive om dette går tilbake i tid, hvor jeg selv erfarte at en kreftpasient hadde store smerter og det jeg oppfattet som en uverdigg palliativ fase. Med en uverdigg palliativ fase mener jeg dårlig kommunikasjon mellom pasienten, helsepersonell og pårørende og unødvendig lidelse. Det ble ikke videreformidlet mellom helsepersonell hva som var pasientens siste ønsker. Selv våger jeg å påstå at dette skjedde på grunn av for lite ressurser og kompetanse hos helsepersonell, og dårlig tverrfaglig samarbeid. For at en skal kunne få en verdigg død innebærer det trygghet, alt må bli gjort for å unngå unøddig lidelse og ensomhet og inaktivitet skal forebygges (Holm & Husebø, 2015, s. 16).

Jeg tenker at økt fokus på palliasjon som tema og økt kunnskap blant helsepersonell vil bidra til at andre ikke opplever en liknende situasjon. Som sykepleierstudent vil jeg nå ha en mulighet til å lære mer om dette temaet og bringe videre de funnene jeg gjør i oppgaven. I følge Holm & Husebø (2015, s. 16) er Norge et land som er verdensledende for antall institusjonsplasser for eldreomsorg, og 47% i Norge tilbringer sin siste levetid på sykehjem.

1.2 Problemstilling

På bakgrunn av det jeg har skrevet i innledningen så har jeg kommet frem til følgende problemformulering: **Hvordan kan sykepleier bidra til en verdig død hos kreftrammede pasienter på sykehjem?**

Det er en bred problemstilling, som inneholder flere elementer, men jeg mener den vil kunne gi svar på hvordan man som sykepleier kan bidra til en verdig død hos kreftrammede pasienter, og hvordan en på best mulig måte kan gjøre den palliative fasen verdig.

1.3 Presisering og avgrensning av oppgaven

Oppgaven løses ved å bruke litteraturstudie som metode og bygger på Joyce Travelbee sin sykepleieteori, samt ulike forskningsartikler som tar opp emnet. Jeg velger å avgrense oppgaven, slik at den dreier seg om kreftrammede pasienter på sykehjem, da dette i seg selv er stort emne. Jeg avgrenser ikke til en viss alder, da det imidlertid vil være stort aldersspenn på de som kommer inn på sykehjem i en palliativ fase og er rammet av kreft. Hensikten med oppgaven er å øke egen og andre sin kompetanse, når det gjelder viktigheten av en verdig død. Og hvordan man på best mulig måte kan oppnå det ved hjelp av etikk, kommunikasjon og samhandling. Oppgaven vil i hovedsak ha fokus på pasienter som er samtykkekompetente, og som kan samtykke til ulike alternativer. Det er enda viktig å bemerke at 70- 80% av sykehjemspasienter lider av demens, med kognitiv svikt, og dødende pasienter mister bevisstheten i dagene og timene før de dør i 60% av tilfellene (S. Husebø & Husebø, 2015, s. 27). Jeg velger å ikke gå inn på generelle tegn på at en pasient er i palliativ fase, men hvordan en som sykepleier samhandler med pasienter og pårørende i palliativ fase. Oppgaven avgrenses slik fordi det vil kreve mye plass om symptomer og tegn på at en pasient er i palliativ fase, det er nødvendig å presisere da problemstillingen er vid. I oppgaven vektlegges etikk, kommunikasjon, verdighet og pasientens opplevelse av situasjonen i den palliative fasen.

1.4 Begrepsavklaring

1.4.1 Verdighet

Aakre (2011) hevder at verdighet defineres slik: «Begrepet defineres ofte som en subjektiv opplevelse av verdsetting, en bekreftelse av egenverd, respektfull annerkjennelse av hvem vi er og hensikten med våre liv». Filosofen Immanuel Kant her referert i Aakre (2011) sier at det

som er over enhver pris, det har verdi. Vi kan altså ikke frata verdigheten til et annet menneske, men vi kan krenke den, både for oss selv og andre.

1.4.2 Palliasjon

WHO referert i Helsedirektoratet (2019, s. 11-12) definerer palliasjon på følgende måte:

Palliativ behandling, pleie og omsorg er en tilnæringsmåte som har til hensikt å forbedre livskvaliteten til pasienter og deres familier i møte med livstruende sykdom, gjennom forebygging og lindring av lidelse, ved tidlig identifisering, grundig kartlegging, vurdering og behandling av smerte og andre problemer av fysisk, psykososial og åndelig art. Palliasjon er aktuelt tidlig i sykdomsforløpet sammen med annen behandling som har til hensikt å forlenge livet, som for eksempel medikamentell kreftbehandling og strålebehandling, og omfatter også undersøkelser som er nødvendige for å forstå og håndtere symptomer og komplikasjoner som sykdommen medfører.

1.4.3 Sykehjem

I lov om kommunale helse- og omsorgstjenester § 3-2 (2011) står det at kommunen har ansvar for helse- og omsorgstjenester og skal tilby plass i institusjon, herunder sykehjem. Sykehjem består av enerom, fellesarena og offentlig arena. Beboere i sykehjem har ofte stort behov for bistand. Sykehjemmene skal tilby avdelinger for permanent opphold, skjermede avdelinger for personer med demens og spesialavdelinger (Hauge, 2018, s. 267-268). I oppgaven vektlegges sykehjemmets avdelinger for palliativ pleie, herunder spesialavdeling.

1.4.4 Kreft

Kreft er en genetisk sykdom på cellenivå, den er som oftest ikke arvelig gjennom generasjoner, men den oppstår på grunn av skader på arvestoffet. Kreft er celler med ukontrollert cellevekst og celledeling (Russnes, Haakensen & Helland, 2018, s. 48). Skaali mfl. (2009) her referert i Lorentsen & Grov (2017, s. 402) påpeker at pasienter som er rammet av kreft vil gjennomgå en psykisk påkjenning, i tillegg til de fysiske plagene en eventuell medisinsk behandling vil føre til. Kreftpasienter lever med usikkerhet, og frykt for tilbakefall.

2.0 Teori

2.1 Sykepleieteoretisk perspektiv

Joyce Travelbee ser på sykepleie som en mellommenneskelig prosess, sykepleieren skal hjelpe pasienten til å forebygge, mestre eller finne mening ved sykdom eller lidelse, og sykepleieren har fokus på det mellommenneskelige aspektet i sykepleien (Kristoffersen, 2016, s. 26). Sykepleieren skal bruke seg selv terapeutisk, og etablere et menneske – til – menneske - forhold som skal være likeverdig. Dersom pasienten er i en situasjon hvor vedkommende opplever krise eller et problem, eller er i en situasjon som kan sees på som lidelse eller mangel på mening, er sykepleierens rolle blant annet å gi mennesket hjelp til å akseptere sin sårbarhet og å bevare håp. Dette kan gjelde også dersom mennesket har ulike grader av lidelse, forbigående ubehag, alvorlig fortvilelse, apatisk likegyldighet eller sterk angst (Kristoffersen, 2016, s. 26).

I Travelbee sin sykepleieteori forholder hun seg til ethvert menneske som en unik person. Hun mener at selv om lidelse er noe som er en del av livet og en fellesmenneskelig erfaring, så vil hvert enkelt menneske oppleve lidelse på en egen og personlig måte. Mennesket sies å være enkeltstående og uerstattelig (Kristoffersen, 2016, s. 29). Travelbee fremmer at god helse vil være individuelt for hver enkelt, noen kan for eksempel føle på god helse når de klarer å gjennomføre dagligdagse aktiviteter, andre på sin side vil kun føle på god helse dersom de er i stand til å arbeide. Når det gjelder omgivelsene, peker Travelbee på at kulturen personen er en del av, vil ha en innvirkning på hvordan vedkommende oppfatter sykdom og lidelse. Hun er også opptatt av å beskrive at familien er betydningsfull for den syke, men hovedsakelig er det enkeltmenneske som Travelbee sin sykepleietenkning fokuserer på (Kristoffersen, 2016, s. 29).

Når det gjelder sykdom hvor det er små utsikter for at vedkommende noen gang kommer til å bli frisk beskriver Travelbee viktigheten av at sykepleieren setter seg inn i hvordan vedkommende selv oppfatter sykdommen sin. Dette mener Travelbee at er absolutt nødvendig for å kunne hjelpe den som er syk. Og for å kunne være en dyktig sykepleier, må sykepleieren selv forstå at et av de største problemene vil være den syke sin egen holdning til sykdommen, dette på grunn av konsekvensene det kan ha for pasienten selv og familien (Travelbee, 1999, s. 36).

2.2 Kreft og smertebehandling

Når kreftcellene deler seg ukontrollert, vil det til slutt skje en opphopning av kreftceller i organet, dermed dannes det en kreftsvulst (Lorentsen & Grov, 2017, s. 399). Det finnes flere ulike behandlingsmuligheter for pasienter som er rammet av kreft. I oppgaven vektlegges lindrende behandling. Både strålebehandling, cytostatika og kirurgi kan gis som lindrende behandling, og kan på hver sin måte virke lindrende på vanlige plager (Bertelsen et al., 2016, s. 145). I følge Lorentsen & Grov (2017, s.426) så syntes smerter å være et av de hyppigste problemene hos pasienter i palliativ fase. Og siden symptomer og lindring av disse opptar pasientene i palliativ fase i stor grad, er det nødvendig at sykepleieren innehar kompetanse på dette området for å kunne bidra til en verdig død. Lidelse og smerte kan være en vesentlig utfordring i palliativ pleie. Pasienter trenger god informasjon og behandling. Nortvedt (2012, s. 197) påpeker at det er mer vanlig at pasienter ikke får tilstrekkelig smertelindring, og at dette kan komme av flere årsaker, dosen er ikke tilstrekkelig stor, medikasjonen er ikke riktig, eller pasientens tilstand kan være vanskelig å smertelindre. Blir palliativ tilnærming benyttet uavhengig av hvor i sykdomsforløpet pasienten er, så kan det bidra til bedre symptomlindring (Kaasa & Knudsen, 2018, s. 142-143).

I møte med en pasient som er rammet av kreft vil det være en fordel at sykepleieren selv er klar over sine egne holdninger, atferd og ordbruk i samtaler, og når sykepleieren skal gi informasjon. Dette er fordi at det vil bidra til om pasienten opplever mismot eller håp, det samme gjelder også symptomkontroll. Viser sykepleieren gode kunnskaper om symptomlindring, kan det gi håp til pasienten (Lorentsen & Grov, 2017, s. 398).

2.3 Palliasjon

Andelen dødsfall som skjer i sykehjem er økende, og sykehjemmene får en viktigere rolle i palliasjon, av den grunn er det viktig at alle sykehjem behersker grunnleggende palliasjon. Med dette menes god symptomlindring og omsorgsfull ivaretagelse ved livets slutt for pasientene og deres pårørende (Haugen & Aass, 2016, s. 117). Kaasa & Loge (2016, s. 36) hevder at det er praktiske utfordringer knyttet til behandling, pleie og omsorg av pasienter som har kort forventet levetid. Hovedfokuset skal være å bedre, og opprettholde eller tilrettelegge for best mulig livskvalitet, både for pasientene men også pårørende. Dersom helsevesenet skal ha et godt klinisk tilbud, krever det tverrfaglig samarbeid, på flere ulike nivåer. Husebø & Husebø (2015, s. 29) peker på at dersom en skal bidra slik at pasienten får

et godt liv på slutten, så innebærer det at vedkommende får dø når tiden er kommet. At pasienten er omgitt av nære pårørende, og at pårørende på sin side har fått hjelp til å forstå at ikke døden sees på som en fiende lenger, men heller en befrielse. Det blir også sagt at et godt liv er at helsepersonell ikke forlenger dødsprosessen, men tar bort medikamenter som kan bidra til å forlenge den. Og at helsepersonell med kompetanse skal gi palliasjon og medikamenter som lindrer pasientens plager.

Palliasjon innebærer ivaretagelse av fysiske, psykiske, sosiale og åndelige/eksistensielle behov. Det vil være variasjon mellom pasienter som befinner seg i palliativ fase av livstruende sykdommer, og situasjonen til pasientene vil også endre seg underveis. Kroppen vil være preget av sykdom, og tanken på døden kan skape uro og oppleves truende for pasienten (Hirsch & Røen, 2016, s. 317). Sykepleieren har en sentral rolle i arbeidet med å ivareta pasientens åndelige behov, da det gjerne er de som har mange av de små samtalene med pasientene og pårørende (Hirsch & Røen, 2016, s. 316). Dersom sykepleieren møter hele mennesket, i dette tilfellet pasienten, og er bevisst på at omsorgen ikke kan standardiseres, kan hun sees på som en dyktig fagperson (Aakre, 2015, s. 51).

2.4 Verdig død

I konseptanalysen til Hemati et al. (2016) blir det skrevet at for at en pasient skal oppnå verdighet i livets slutfase krever det tilstedeværelse av respekt for privatliv, åndelig fred, håp og respekt. Ved å oppnå verdighet hos pasienten i palliativ fase vil det redusere vedkommende sin lidelse og forberede vedkommende på en mest mulig komfortabel død. Hemati et al. (2016) hevder at å dø med verdighet er et viktig aspekt innenfor pleieomsorg, og omsorgsarbeidet er grunnlaget for sykepleieryrket. Aakre (2012, s. 312-313) hevder at verdigheten til det enkelte mennesket kan trues i livets siste fase. I denne fasen vil det være behov for god faglig helsehjelp. Når et menneske er preget av livstruende sykdom og aldri vil det kunne gi mange plager og føre til hjelpeløshet. Derfor blir det sagt at for å oppnå en verdig dødsprosess må både helhetlig lindrende behandling og trøst være til stede. Samt ivaretagelse av grunnleggende pleie og omsorgsbehov, da disse behovene gjerne øker mot slutten. For å kunne ivareta grunnleggende pleie og omsorgsbehov kreves det kunnskap og klokskap, dersom dette blir gjort vil en sikre at den pleietrengende får ivaretatt sin verdighet.

2.5 Ethiske hensyn i palliasjon

Begrepet verdighet kan sees på som kjernen i alt etikkarbeid (Aakre, 2012, s. 311). Derfor velger jeg å ha med etikk som begrep i denne oppgaven. Aristoteles' etikk bygger på at etikk handler om hvordan vi skal leve vårt liv. Sykepleie er en moralsk og etisk virksomhet. (Nortvedt, 2012, s. 11). Ethiske hensyn i palliasjon er viktig, og ett av de viktigste etiske hensynene en kan ta er å lytte til pasientens opplevelse, og hva vedkommende ønsker (Nortvedt, 2012, s. 197). I palliativ fase gjelder det å være forberedt, med dette menes også å være forberedt på etiske utfordringer som skulle oppstå. Eksempelvis burde det være utviklet en palliativ plan, denne kan gi svar på etiske utfordringer som kan oppstå i en eventuell palliativ fase (S. Husebø & Husebø, 2015, s. 36).

Ethiske spørsmål og etiske dilemma i eldreomsorgen øker i kompleksitet og omfang, på grunn av dette ble det utformet en ny tverrpolitisk forskrift – verdighetsgarantien. I 2011 kom denne, som har som formål å fremme verdighet, pasientsikkerhet og kvalitet. Denne skal sikre at hver enkelt pasient får et verdig liv, som er så langt som mulig, i samsvar med sine individuelle behov. Blant hensyn som skal ivaretas står lindrende behandling og en verdig død (Aakre, 2012, s. 312).

2.6 Kommunikasjon

Ordet kommunikasjon kommer fra det latinske ordet communis, det betyr å ha felles. Kommunikasjon er en nødvendig forutsetning for felleskap, enten det handler om samvær, samtale eller samforståelse (Hummelvoll, 2012, s. 420). Mennesket har en medfødt evne til kommunikasjon. Og som sykepleier må en forholde seg til pasienten som subjekt og medmenneske, for å kunne møte hele mennesket krever det at en ikke møter vedkommende som et objekt (Røkenes & Hanssen, 2012, s. 13).

For å kunne etablere et menneske – til menneske – forhold, som er hoved essensen i Travelbee sin sykepleieteori kreves det kommunikasjon. Kommunikasjon sies å være et middel til å kunne etablere dette (Eide & Eide, 2006, s. 75). Travelbee hevder at dersom sykepleieren har gode kommunikasjonsferdigheter så har hun en intellektuell tilnærming, og sykepleieren bruker seg selv terapeutisk (Eide & Eide, 2006, s. 74). Det er imidlertid viktig å tenke over at kommunikasjon ikke alltid handler om å formidle for eksempel diagnostiske resultater. Det viktigste innenfor kommunikasjon i en situasjon hvor døden nærmer seg,

handler om å vise gjensidig tillit, lytte til tanker og spørsmål og gi tid og trygghet. På denne måten kan pasienten, pårørende, pleiepersonalet og andre forstå at pasientens liv står foran sin avslutning, og fokuset vil fremover være å lindre og sørge for at personen kan forlate livet med integritet og verdighet (B. S. Husebø & Husebø, 2012, s. 429).

Den viktigste gaven en som sykepleier kan gi til alvorlig syke og døende pasienter, vil være evnen til å gi av seg selv, være til stede i nuet og være nærværende (Kalfoss, 2017, s. 477).

2.7 Sykehjem

Et sykehjem kan bestå av korttidsavdelinger, rehabiliteringsplasser, langtidsplasser og lindrende avdelinger (Næss & Helbostad, 2012, s. 73). På norske sykehjem er det omlag 20.000 som dør hvert år, omsorg for dødene personer er en stor og sentral del av det å jobbe på sykehjem som sykepleier. Det krever både geriatrik men også palliativ kompetanse for å kunne bidra til pleie som innebærer god og tilpasset fysisk omsorg, og omsorg av psykisk, åndelig og sosial karakter ved livets slutt. Når det gjelder sykepleieren som jobber på sykehjem må hun i hovedsak forholde seg til to prosesser i forhold til pleie og omsorg ved livets slutt. Den ene er døden som en naturlig avslutning på et langt liv, og den andre er døden i forbindelse med uhelbredelig sykdom som kreft (Hauge, 2018, s. 277).

Når det gjelder avdelinger hvor det blir gitt palliativ pleie, så skal det gis pleie og omsorg og behandling til personer som har sykdom som det ikke lenger er mulig å behandle. Generell god pleie skal gis, men også riktig form for smertelindring som er tilstrekkelig, for de pasientene som har behov for det (Hauge, 2018, s. 277). Sykepleie i palliativ fase vil til dels kunne være utfordrende, fordi behovene og symptomene til pasienten er komplekse og ofte sammensatte, da vil det kreve mye av sykepleieren ved igangsetting av tiltak (Lorentsen & Grov, 2017, s. 425). Det viser seg at dersom godt organisert palliativ behandling skal finne sted, vil det være behov for samarbeid mellom profesjonene og nivåene som er i helsevesenet (Mathisen, 2016, s. 413).

3.0 Metode

Vilhelm Aubert sitert i (Dalland, 2019, s. 51) definerer metode slik: «En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener formålet, hører med i arsenalet av metode». Når vi bruker metode, bruker vi det som et redskap, for å undersøke noe. Metode kan fortelle oss noe om hvordan vi bør gå frem for å skaffe kunnskap, eller etterprøve kunnskap. Vi kan se på metode som det å følge en viss vei mot et mål (Dalland, 2019, s. 54-55).

3.1 Litteraturstudie

Magnus & Bakketeig referert i Thidemann (2015, s. 79) hevder at ved å bruke litteraturstudie som metode finner en kunnskap fra ulike kilder, og systematiserer disse. For at jeg skal kunne systematisere dem, må jeg kritisk gå igjennom kildene, og sammenfatte alt til slutt. Dette stemmer med anbefalingene til Magnus & Bakketeig referert i Thidemann (2015, s. 79). Da vil jeg kunne gi den som leser oppgaven en god forståelse av kunnskapen, og svar på problemstillingen min, samt vise til hvordan jeg har kommet frem til kunnskapen. De første trinnene i arbeidet med en litteraturstudie er å reflektere og søke etter informasjon. Deretter evalueres og analyseres funnene, før en sprer funnene sine, og dette kan bli brukt i praksis. Eventuelt kan det gi ny kunnskap og økt forståelse innenfor det feltet hvor det blir gjort en litteraturstudie (Forsberg & Wengström, 2015, s. 60).

3.2 Fremgangsmåte

For å søke i databaser er en nødt til å finne inklusjonskriterier og eksklusjonskriterier (Thidemann, 2015, s. 84). Fagfellevurdert forskning skal inkluderes, både kvalitative og kvantitative studier, artikler som i hovedsak er publisert på engelsk, og i tidsrommet 2010-2020. Jeg velger å inkludere pasienter som er rammet av kreft på sykehjem i oppgaven min, og ekskluderer kreftpasienter på sykehus. Mørk m.fl. (2013) referert i Hauge (2018, s. 266) hevder at de aller fleste beboere på sykehjem er over 67 år, og 77% er over 80 år. I min oppgave velger jeg allikevel å inkludere pasienter i alle aldre, da flere av de som kommer inn på sykehjem i en palliativ fase kan være yngre. Studier som er eldre enn 2010 skal i hovedsak ekskluderes, men jeg velger allikevel å søke i noen tilfeller uten å ekskludere alle artikler eldre enn 2010, da jeg vil bruke artiklene dersom jeg ser på de som svært relevante for oppgaven.

For å vite hvilke databaser jeg skal bruke må jeg orientere meg om hvilke som er relevante. For å finne studier vil jeg søke i MEDLINE/PubMed, CINAHL og Sykepleien Forskning. Ved å se på helsebiblioteket sine sider, vil jeg her kunne se at i disse databasene finner jeg relevante studier. CINAHL vil gi tilgang til engelskspråklig litteratur om sykepleie. Samt kvalitativ forskning og pasienterfaringer. MEDLINE er den fremste referansedatabasen innen medisin. Og PubMed har rundt 4.800 tidsskrifter innen medisin og sykepleie (Helsebiblioteket, u.å.) Jeg ser altså på disse databasene som relevante å bruke for å finne forskningsartikler.

Kvantitativ metode gir oss data i form av målbare enheter. Denne metoden går i bredden, og har som mål å få frem det som er felles. Ved bruk av denne metoden benyttes ofte spørreskjema, med faste svaralternativer. Og systematiske og strukturerte observasjoner (Dalland, 2019, s. 52-53). Kvalitativ metode går i dybden, og benytter heller intervju uten faste svaralternativer. Kvalitativ metode fokuserer på å fange opp en opplevelse eller mening som ikke er mulig å tallfeste eller å måle. Og vil få frem det som er spesielt (Dalland, 2019, s. 52-53) Kvalitativ metode vil preges av forskerens personlighet, da det er forskeren som er instrumentet og hans eller hennes evne til å oppnå kontakt med personen som blir intervjuet, kan bety mye i en slik sammenheng (Dalland, 2019, s. 54). Begge disse metodene vil være relevante i en eventuell studie jeg finner.

3.3 Søkeprosess

Jeg har brukt MeSH for å finne søkeord som egner seg på engelsk jmf. Aasen (2020). Se Figur 1. For å lage en strategi for søk har jeg valgt å bruke PICO – skjema. Det er en forkortelse for P – pasient/populasjon, I – Intervensjon, C – kontroll, O – utfall/resultat. PICO er en strukturert metode for å sette sammen søkestrategier når en søker i bibliografiske databaser for å kunne finne svar på problemstillingen (Forsberg & Wengström, 2015, s. 60). Se Figur 2.

Norsk	Engelsk
Kreft	Cancer
Sykepleie	Nursing
Verdig død	Right to die
Verdighet	Dignity
Sykehjem	Nursing homes
Palliativ pleie	Palliative care

Figur 1

	Norske ord	MeSH (emneord)	Tekstord
Population/Problem	Kreft	Cancer	Cancer Cancer patients
Intervention	Sykehjem	Nursing homes	Nursing home (s)
Comparator	Sykepleie	Nursing	Nurse Nursing Nurses
Outcome	Verdig død Palliativ pleie	Right to die Palliative care	Right(s) to die Palliative care

Figur 2

Figur 3 viser hvordan jeg har kommet frem til søkeord når jeg har søkt i databasene. Skjemaet er skrevet med utgangspunkt i helsebiblioteket sin tabell (Helsebiblioteket, 2016b).

P	1. Cancer 2. Cancer patients 3. 1 OR 2
I	4. Nursing home 5. Nursing homes 6. 4 OR 5
C	7. Nurse 8. Nursing 9. Nurses 10. 7 OR 8 OR 9
O	11. Right to die 12. Dignity 13. Palliative care 14. End of life care 15. 11 OR 12 OR 13 OR 14
PICO kombinert	3 AND 6 AND 10 AND 15

Figur 3

3.4. Metodekritikk

3.4.1 Vurdering av egen oppgave

Forskningsartikler som er inkludert er alle fagfelleverderte. I følge Kildekompasset (2015) vil fagfelleverdert si at artiklene er lest, vurdert og godkjent av andre forskere før de er publisert. Dette var et av kriteriene for at de skulle inkluderes i oppgaven. Studien til Törnquist, Andersson & Edberg (2013) styrkes ved at den er utført i tråd med Helsinkideklarasjonen. Respekt for enkeltpersoner og deres rett til selvbestemmelse er tatt nøye hensyn til. Det samme gjelder studien til Brodtkorb, Skisland, Slettebø & Skaar (2017) den ble gjennomført i samsvar med intensjonene for Helsinkideklarasjonen, og standard etiske retningslinjer og prinsipper. Jeg kommer senere tilbake til hva Helsinkideklarasjonen går ut på, under punktet forskningsetikk. Deltakerne i studiene ble informert om at deltakelsen var frivillig og at konfidensialiteten ville bli opprettholdt. Studien til Steindal & Sørbye (2010) er godkjent av forskningsutvalget ved Diakonhjemmet sykehus. Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk hadde heller ikke noen innvendinger mot gjennomføring av prosjektet. Videre er de andre artiklene etisk godkjente i de landene de er gjennomført, og det er tatt nøye hensyn til beskyttelse av personlig informasjon, og om mulighet til å trekke seg når en vil.

3.4.2 Kildekritikk

Kildekritikk sees fra to sider, den ene siden omhandler å finne den litteraturen som belyser problemstillingen, dette kalles kildesøking eller litteratursøking. Den andre siden av kildekritikk vil være å gjøre rede for den litteraturen som anvendes i oppgaven (Dalland,

2019, s. 152). Artikkelen som blir brukt i oppgaven skal følge IMRaD strukturen (I – Introduksjon, M – Metode, R – Resultat, a – and/og, D- Diskusjon). Strukturen er mye brukt for oppbygging av forskningsartikler. Den gjør det lettere for leseren å orientere seg i ukjente tidsskifter og lesingen går raskere (Dalland, 2019, s. 163-164). Underveis i søkeprosessen har jeg brukt en del av de samme søkeordene, dette kan ha gjort at jeg har gått glipp av andre gode forskningsartikler som kunne vært sentrale. Se vedlegg 1 for søketabeller. Artikkelen som er benyttet blir sett på som relevante for å kunne svare på problemstillingen, og de er vurdert til å være gode forskningsartikler. Dette på bakgrunn av at de blant annet følger IMRaD strukturen. I følge Thidemann (2015, s. 68) følger vitenskapelige artikler innenfor medisin og helsefag som oftest denne strukturen. Sjekkliste fra helsebiblioteket er også brukt. For å kritisk vurdere forskningslitteraturen (Helsebiblioteket, 2016a). Underveis i søkeprosessen har jeg funnet artikler som belyser det å dø med verdighet i en palliativ fase og artikler hvor verdighet blir sett på fra flere perspektiver, både fra sykepleieren, pasientens og pårørendes perspektiv.

3.4.3 Forskningsetikk

Under systematiske litteraturstudier burde en velge studier som har fått godkjenning fra etisk komité, eller der det er tatt nøye etiske hensyn (Forsberg & Wengström, 2015, s. 59). Helsinkideklarasjonen er en etisk retningslinje, som brukes flere steder i verden, denne handler om prinsipper for all medisinsk forskning. Helsinkideklarasjonen retter seg mot klinisk forskning, og har fokus på særlig sårbare grupper (Førde, 2014). Det vil være nødvendig med forskning, også innenfor disse gruppene. Sårbare grupper kan defineres som demente, eldre, gravide, barn og dødene. Dersom det skal forskes på disse gruppene, forutsetter det at det ikke kan innhentes nødvendig kunnskap fra kompetente og mindre sårbare forsøkspersoner, og forskningen skal antas å komme disse gruppene til gode (Førde, 2014). I oppgaven benyttes vitenskapelige tidsskrifter, fordelene med disse er at de har redaksjoner som sikrer kvaliteten på det som utgis, de har uavhengige fagpersoner som skal vurdere om artikkelen har såkalt vitenskapelig standard (Dalland, 2019, s. 154).

4.0 Resultat

4.1 Sammendrag av forskningsartiklene

Under følger sammendrag av de 6 artiklene jeg har valgt å ha med, se også resultattabell i vedlegg 2.

4.1.1 Palliative care provision in long-term care facilities differs across Europe: Results of a cross-sectional study in six European countries (PACE)

Studien av Koppel et al. (2019) beskriver at behovet for palliativ pleie i langtidsinstitusjoner øker. Hensikten med studien er å beskrive og sammenligne seks europeiske land, og vurdere hvordan de yter palliativ pleie, og når den ytes. Designet er tversnittundersøkelse etter dødsfall. Studien sammenlignet 6 land, for å se på når igangsetting av palliativ pleie ble gjort, av hvem den ble gitt, og hvem som var involvert. Og for å se på om den behandlingen som ble gitt var lindrende. Deltakere i studien var sykepleiere eller assistenter, som var de som var mest involvert i omsorgen for pasienten. 1298 innbyggere på 300 anlegg ble inkludert.

Resultatet viste at palliativ omsorg ble igangsatt vanligvis to uker før døden inntraff, og ble ofte gitt av den behandlende legen. I Belgia og Polen var en spesialist i palliativ omsorg ofte involvert. Beboere med kreft, demens eller en kontaktperson i journalen fikk oftere lindrende behandling. Dersom sykepleieren hadde snakket med beboere om behandlinger eller deres foretrukne pleietilbud i livets siste fase startet ofte lindrende behandling tidligere. Studien konkluderer med at det bør være mer fokus på sen begynnelse av palliativ omsorg. Spesielt når planlegging på forhånd mangler. Samt økt fokus på lindrende behandling til beboere uten kreft, demens eller nære pårørende. Det er behov for økt kompetanse om at palliativ pleie er mer enn pleie de siste dagene før døden inntreffer og den palliative pleien kan starte tidligere.

4.1.2 Er sykehjemmet et verdig sted å dø?

Artikkelen til Steindal og Sørbye (2010) har fokus på pårørendes vurdering av sine næres siste levedager. Forskerne ønsker å drøfte faktorer som kan bidra til at pårørende opplever at deres nære får en verdig død ved sykehjem og belyse overflytting fra sykehjem til sykehus ved livets slutt. Det ble hentet data fra et større forskningsprosjekt, som kartla hvordan omsorg for dødende pasienter har endret seg i løpet av siste 30 årene ved et norsk sykehus. Intervjuskjemaet som ble brukt var semistrukturerte med 44 spørsmål og fire åpne spørsmål. Det ble benyttet kvalitative data fra de åpne innledningsspørsmålene. Nærmeste pårørende, som var den som sto oppført som hoved pårørende i pasientjournalen fikk tilsendt brev åtte til

tolv uker etter dødsfall. Når samtykke fra pårørende var innhentet av leder for palliativt team ved sykehuset tok en person fra forskerteamet kontakt. 40%, som tilsvarte 20 pårørende, av de som ble intervjuet ga beskrivelser av egne erfaringer og holdninger til sykehjem ved å svare på de åpne innledningsspørsmålene, det er disse som utgjør artikkelens datamateriale. Resultatet viser tre hovedtemaer som gikk igjen i datamaterialet, pårørende som den gamles advokat, sykehuset som symbol på en verdig død og forventninger og tillit til personalet. Konklusjonen er at det er økt behov for personell med tilstrekkelig kompetanse innen palliasjon, alle ansatte burde ha språkopplæring slik at de snakker tilstrekkelig godt norsk. Og god kommunikasjon mellom pårørende og ansatte er åpenbart viktig for at pårørende skal oppleve at deres nære får en verdig død på sykehjem.

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

Bakgrunnen for studien til Brodtkorb et al. (2017) var at i palliativ omsorg er det en sentral oppgave å imøtekomme behovene, til skrøpelige, dødende pasienter på sykehjem. Hensikten var å undersøke hvordan helsepersonell påvirkes og takler etiske utfordringer knyttet til palliativ pleie. God palliativ omsorg bør gis uavhengig av hvor og til hvem. Studien er en del av et større forskningsprosjekt. Den benytter seg av kvalitativ og empirisk design. Metoden er basert på hermeneutisk forskningsforståelse. En kommune i Norge med omtrent 20 000 innbyggere, hvorav to sykehjem ble inkludert. De kliniske medforskerne hentet inn situasjoner fra sin praksis. Resultatet viser at sykehjemsbeboere sin største trussel for å ikke oppnå verdighet var at selv om personalet gjorde sitt beste, så var det mangel på organisering og bemanning. De ansatte forsøkte å ivareta verdigheten til de eldre, døende pasientene. Men underveis når den palliative pleien ble gitt, møtte de på spørsmål som livsforlengende behandling og avklaringssamtaler med pasienter og pårørende. Helsepersonell så på dette som etisk utfordrende. Studien konkluderer med at funnene er i tråd med forskning som indikerer at sykehjem ikke alltid har de nødvendige organisatoriske rammene, som skal til for å kunne yte god palliativ omsorg. Sykepleierne fikk ansvar utover deres kompetanse, legens rolle var for begrenset og sykepleieren spilte en sentral og krevende koordinerende rolle mellom pasientene og deres pårørende på den ene siden, og legene på den andre.

4.1.4 In search of legitimacy – registered nurses' experience of providing palliative care in a municipal context

Bakgrunnen for studien til Törnquist et al. (2013) var å beskrive hvordan sykepleieren best mulig kunnen yte palliativ pleie til pasienten som dør utenfor sykehus. Hensikten var å beskrive sykepleiers opplevelse av å gi palliativ omsorg til eldre mennesker i en kommunal sammenheng da den palliative omsorgstilnærmingen hovedsakelig er utviklet for å bli brukt i hospitsomsorg og for personer med kreftsykdommer. Studien har brukt kvalitativ metode, med fokusgruppeintervjuer. Fire kommuner i Sør-Sverige ble inkludert. De forskjellige kommunene hadde organisert palliativ omsorg på ulike måter. Totalt 20 sykepleiere deltok. Resultatet viste at de registrerte sykepleierne ofte tok på seg rollene som pasientomsorgskoordinatører, men at det oppstod problemer fordi sykepleierne slet med å vite hvem de skulle henvende seg til og hvem som hadde det egentlige ansvaret for pasienten. De registrerte sykepleierne viser til dårlig tverrfaglig samarbeid, mellom kommunen, sykehuset, og leger. Og de legger vekt på behovet for støtte. Intensjonen er at eldre skal leve i verdighet og få god helsehjelp ved livets slutt. Uavhengig av hvor de bor, om det er i egne hjem eller i omsorgsbolig/sykehjem. Konklusjonen er at hvis de registrerte sykepleierne skal kunne bidra til sykepleie av høy kvalitet til eldre palliative pasienter, er de avhengig av at kunnskapen deres anerkjennes, og at dersom eldre skal dø hjemme må det skje organisatoriske endringer i kommunene. Og det må være avklart hvem som har ansvar for hva.

4.1.5 How to come to terms with facing death: a qualitative study examining the experiences of patients with terminal Cancer

Hensikten med studien gjort av Kyota og Kanda (2019) var å undersøke kreftpasienter som har nådd terminalt stadium, hvordan de håndterer følelser forbundet med angst og depresjoner, selv om de ikke nødvendigvis har uttrykket noe form for depresjon eller angst. Kreftpasienter som har nådd palliativ fase, vil oppleve forskjellige problemer, dette på grunn av at de opplever økende vanskeligheter med å gjøre det de en gang var i stand til å gjøre. Deres fysiske symptomer øker etterhvert som sykdommen utvikler seg. Elleve pasienter ble intervjuet to til fem ganger over tid. Data ble analysert ved hjelp av kvalitative metoder. Disse pasientene hadde kreft og var i livets siste fase. De ble behandlet med symptomlindrende behandling hjemme eller i en palliativ omsorgsenhet. Resultatet viste at fem temaer ble trukket ut om opplevelsen av å håndtere følelser assosiert med angst og depresjon, når en står ovenfor døden. Aksept og å godta var benevnelse som gikk igjen. Sykepleiere må forstå

pasienters kompliserte mentale mønstre som kommer til uttrykk i deres daglige språk. Studien konkluderer med at det er behov for at sykepleiere hjelper pasienter med å akseptere terminal sykdomstilstand i løpet av pasientens siste dager.

4.1.6 Patterns of dignity-related distress at the end of life: A cross-sectional study of patients with advanced cancer and care home residents

Hensikten med studien til Hall Davies, Gao & Higginson (2014) var å belyse hvordan kreftpasienter og pasienter i omsorgsboliger har verdighetsrelaterte problemer. For å kunne gi god effektiv palliativ omsorg, er det viktig å forstå og identifisere hvordan pasienter kan oppnå en verdig død. Og finne ut hva mennesker opplever dersom de ikke opplever en verdig død. Dette var bakgrunnen for studien. Metoden som ble brukt var sekundær analyse av sammenslåtte basedata fra to randomiserte kontrollerte studier. 45 voksne pasienter med avansert kreft som var henvist til sykehusbasert palliative omsorgsteam, og 60 beboere som bodde i 15 forskjellige omsorgsboliger i London. Inkluderingskriterier var voksne uten moderat/alvorlig kognitiv svikt. Resultatet viste at gruppen pasienter med avansert kreft rapporterte flere problemer enn de andre pasientene som bodde i omsorgsboligene. En større forståelse for verdighet vil kunne hjelpe pleiere å gi mer effektiv palliativ pleie. Begge gruppene opplevde fysisk forstyrrende symptomer og funksjonelle begrensninger. Og begge gruppene rapporterte om verdighetsrelaterte problemer. Det ble konkludert med at dersom en har bredere forståelse for verdighetsrelaterte problemer vil det hjelpe helsepersonell å gi mer effektiv palliativ pleie ved livets slutt.

4.2 Oppsummering av funn

Alle forskningsartiklene sier noe om enten verdighet eller palliativ pleie. Artiklene ser på verdighet fra ulike vinkler. En del av artiklene fokuserer på hvordan en gjennom samarbeid kan oppnå verdighet hos pasienter som er rammet av kreft på sykehjem, og som er i en palliativ fase. Artikkelen til Kyota & Kanda (2019) sier mer om hvordan kreftpasienter opplever palliativ fase knyttet til følelser som angst og depresjoner, den blir inkludert fordi jeg ser på det som viktig å ha fokus på også disse følelsene for å oppnå verdighet ved livets slutt. De fleste studiene som er inkludert benytter seg av kvalitativ metode, da er det viktig å huske på at forskeren er instrumentet, og metoden preges av forskerens personlighet (Dalland, 2019, s. 54)

5.0 Drøfting

5.1 Kommunikasjon og etiske dilemma

I studien til Koppel et al. (2019) sammenlignet de seks europeiske land, for å se på hvordan palliativ pleie ble gitt, her kommer det tydelig frem hvor viktig det vil være at sykepleieren på forhånd kommuniserer med beboeren om foretrukne pleietilbud i livets siste fase. Det viser seg at palliativ pleie ofte starter tidligere i tilfeller hvor disse samtaler er tatt på forhånd. Det å diagnostisere at pasienten er døende er en viktig del av kommunikasjonen og informasjonen i palliativ fase. Dersom dette ikke blir gjort vil det kunne skape usikkerhet, kommunikasjonsproblemer og forventninger som er urealistiske (Helsedirektoratet, 2019, s. 42). Liknende etiske dilemmaer viser seg i studien til Brodtkorb et al. (2017), hvor det blir trukket frem at sykepleieren ofte vil møte på spørsmål som livsforlengende behandling, og avklaringssamtaler som ikke er blitt gjort i forkant. På bakgrunn av det denne studien har funnet kan en si at sykehjem ikke alltid gir de organisatoriske rammene som er nødvendig for å kunne bidra til god palliativ omsorg. Og sykepleieren står med en følelse av at de har ansvar utover deres egen kompetanse, og at tverrfaglig samarbeid er lite til stede.

Som Aakre (2015, s. 51) hevder så oppstår etiske dilemmaer når viktige verdier er truet, og disse vil ofte øke i kompleksitet og antall når pasienten er nær døden. Blant annet er det til i dag gjort store medisinske fremskritt, og disse kan skape forventninger om livsforlengelse, noe som i verste tilfelle kan forlenge lidelse. Ofte oppstår det vanskelige situasjoner når pasienten selv ikke kan forholde seg til viktige spørsmål eller ta beslutninger om sin egen helse. Da er det andre som må ta disse beslutningene på pasientens vegne. Det kan variere hvem det er, men nære pårørende kan ofte gi opplysninger om hvilken behandling den enkelte pasienten ville ønsket. Samtidig er det legen som har det hele og fulle ansvaret for hvilken behandling som skal tilbys (B. S. Husebø & Husebø, 2012, s. 428). På bakgrunn av dette vil jeg påstå at behovet for å ha avklart pasientens siste ønsker god tid i forveien vil være hensiktsmessig, både for å la pårørende slippe å ta vanskelige avgjørelser, men også for å respektere pasienten og vite hva vedkommende sine siste ønsker faktisk er.

De to artiklene til Dwyer, Nordenfelt & Ternestedt (2008) og Östlund, Brown & Johnston (2012) her referert i Helsedirektoratet (2015, s. 30) omtaler verdighet slik:

Ivaretagelsen av pasientens verdighet i livets slutfase er kompleks. Det handler om tilhørighet og relasjoner, om individualitet og kontroll. For pasienten er det nødvendig å bli hørt, forstått, inkludert og respektert som menneske, i tillegg til å ha kontroll over kropp, følelser og oppførsel. Å arbeide verdighetsbevarende krever en helhetlig tilnærming til pasient og pårørende.

I studien til Hall et al. (2014, s. 1125-1126) viser resultatene at pasientene opplevde funksjonsbegrensninger, og det å ikke kunne utføre oppgaver en tidligere kunne var krevende å akseptere. Det viser seg i studien at økt forståelse for verdighet og når verdigheten krenkes vil kunne hjelpe helsepersonell på veien til mer effektiv pleie, og bidra til at pasienten opplever verdighet. Dersom døden nærmer seg, og pasienten opplever redusert livskvalitet, angst, depresjon, økt smerte, og tap av uavhengighet så vil pasienten som et resultat av dette oppleve tap av verdighet. Ved god samhandling mellom omsorgspersonen, i dette tilfellet sykepleieren og pasienten, i en palliativ fase hvor profesjonalitet og opprettholdelse av menneskeverd står sentralt, samt profesjonell etikk, vil man i større grad ha muligheten til å bidra til en verdig død (Hemati et al., 2016, s.1223). Ved å ha en så kalt forhåndssamtale, vil en hjelpe pasienten og pårørende å svare på spørsmål som igjen kan hjelpe de til å tenke over prioriteringer, og hvilke ønsker pasienten har for den siste fasen (Helsedirektoratet, 2019, s. 20-21). Samtidig vil pasienten og pårørende kunne ha en følelse av at de har fått informasjon om sykdommens mulige utvikling, og at sykepleieren har en tilnærming som fremmer deres verdighet (Lorentsen & Grov, 2017, s. 427). Dersom overnevnte tiltak tas i bruk vil trolig unødvendige etiske dilemmaer kunne unngås.

Studien til Hall et al. (2014, s. 1119) fant at kreftpasientene hadde en tendens til å føle seg som en byrde, og føle at livet ikke hadde noen mening. At de var ute av stand til å mestre de mentale utfordringene som kom med sykdommen. Pasientene hadde også vanskelig for å akseptere situasjonen slik den var. Dette samsvarer med studien til Kyota & Kanda (2019, s. 9) hvor det blir tatt opp viktigheten av at sykepleieren forstår pasientens kompliserte mentale mønstre som kommer til uttrykk, og sykepleieren er nødt til å hjelpe pasienten med å forstå og akseptere at de er i palliativ fase. Travelbee (1999, s. 36) hevder det er det nødvendig for sykepleieren å være klar over hvordan pasienten selv oppfatter sykdommen. Dersom

sykepleieren ikke vet hvordan pasienten selv stiller seg til sykdommen, så hevder hun at det vil være umulig for sykepleieren å hjelpe pasienten å mestre sykdom eller lidelse.

5.2 Sykehjem som arena – kompetanse

I studien til Törnquist et. al. (2013, s. 651) blir det hevdet at dersom sykepleierne skal kunne yte sykepleie av høy kvalitet til palliative pasienter, må det være avklart hvem som har ansvar for hva på arbeidsplassen og kunnskapen må anerkjennes. Kalfoss (2017, s. 477) mener det vil kreve faglig dyktighet, samt vilje og evne til å gi av seg selv når en arbeider som sykepleier blant døende pasienter. Sykepleieren som jobber på sykehjem innehar en viss kompetanse, men er det nødvendig at kompetansen innenfor palliativ pleie økes for sykepleiere på sykehjem? Palliative avdelinger i sykehjem er avdelinger som skal tilby behandling, omsorg og lindring i livets siste fase. Det er ikke en avdeling som er spesielt beregnet på eldre, slik som andre avdelinger på sykehjem kan være. Avdeling for palliativ pleie skal være for alle innbyggere i den gjeldende kommunen, som er i livets siste fase. Det er imidlertid ikke alle kommuner som har en egen avdeling spesifisert på dette, men hver kommune skal tilby tilrettelagte sengeplasser til denne typen pasienter (Hauge, 2018, s. 267-268).

I nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen (Helsedirektoratet, 2019, s. 156-158) står følgende: «En grunnleggende forutsetning for optimal palliasjon, er at hele personalet har den nødvendige faglige kompetanse. Med faglig kompetanse menes både kunnskaper, ferdigheter og holdninger» Med grunnleggende kompetanse menes nivå A, bachelorutdanning i sykepleie vil kunne gi kunnskap om lindrende behandling som tilsvarer dette nivået. Nivå B er nødvendig kompetanse for helsearbeidere som behandler palliative pasienter som en del av sitt kliniske arbeid, og Nivå C er nødvendig kompetanse for helsearbeidere som leder eller arbeider i palliative team og på palliative enheter, noe som kan sies å være spesialistnivået (Helsedirektoratet, 2019, s. 156). Det kan se ut til at det ikke alltid er tilfellet at hele personalet har nødvendig faglig kompetanse. I studien Steindal & Sørbye (2010, s. 142) er det funnet at pårørende opplever at sykehjemmene ikke har medisinsk kapasitet til å pleie pasientene, og at pasientene som følger av dette har blitt flyttet til sykehus. Ved palliativ pleie skal det unngås at pasientene overflyttes på den måten, studien viser dog at dette skjer relativt ofte (Steindal & Sørbye, 2010, s. 144). Travelbee (1999, s. 39) peker på at det kreves store kunnskaper og dyktighet som sykepleier, når en skal

ta seg av pasienter i palliativ fase, og at faktorer som vil påvirke i vesentlig grad er hva sykepleieren har lært under utdanning.

Kalfoss (2017, s. 462) hevder at dersom sykepleieren har manglende erfaring med alvorlig syke og dødene og attpåtil manglende undervisning og utdanning kan det virke inn på sykepleieren sin tro på egen kompetanse. Dette kan understøttes av studien til Brodtkorb et al. (2017, s. 81) hvor det blir funnet at sykepleierne følte de måtte gjøre arbeidsoppgaver utover deres kompetanseområde. Samhandlingsreformen skal legge stor vekt på samhandling mellom nivåene i helsetjenesten, og legge til rette for tverrprofesjonelt samarbeid blant personalgruppene i helsevesenet. Når det gjelder pasienter i palliativ fase, skal de få behandlingen så nær hjemmet som mulig, og unngå at de legges inn på sykehus. Grunner til at pasientene legges inn på sykehus er i noen tilfeller for å få tilstrekkelig smertebehandling (Mathisen, 2016, s. 412-413) Skal ikke denne kunne gis tilstrekkelig på sykehjem eller i hjemmet også? Mange pasienter ønsker å dø hjemme, eller så nær hjemmet som mulig, noe som i mange tilfeller kan være et sykehjem. Men dersom de ikke er trygge på at de får tilstrekkelig og nødvendig hjelp kan dette være et hinder (Mathisen, 2016, s. 413).

Sætre (2013, s. 45) på den ene siden hevder at for å bedre kvaliteten på palliativ pleie til syke og døende i kommunehelsetjenesten er et nødvendig tiltak å ha systematisk opplæring av helsepersonalet. Som Travelbee (1999, s. 73) peker på så kan ingen sykepleier eksponeres for sykdom, lidelse og død uten å forandre seg i en eller annen grad. Hvordan sykepleieren selv håndterer dette vil bestemme hvordan hun oppfatter, viser omsorg for og responderer på mennesket som er sykt, lidende eller døende. Kalfoss (2017, s. 458) på den andre siden hevder at sykepleierens forståelse av og holdninger til hva det betyr å være menneske, vil prege omsorgen som blir gitt til lidende og døende pasienter. På bakgrunn av dette kan det se ut til at kunnskap og faglig dyktighet må opparbeides i større grad, og sykepleieren må selv være bevisst på sine egne holdninger, og sitt forhold til palliativ pleie.

5.3 Smertelindring for en verdig død

Samhandlingsreformen skal føre til at 20% flere pasienter skal overføres fra spesialisthelsetjenesten til primærhelsetjenesten, og pengene skal følge pasienten, men det er ytterst viktig at også den medisinske kompetansen følger med (Holm & Husebø, 2015, s. 16). Dersom pasienter blir transportert frem og tilbake mellom sykehjem og sykehus, i livets siste

dager, så vil det være en stor krenkelse av deres verdighet. Det vil gjøre at den siste tiden heller kan bli til et livslangt arr (Holm & Husebø, 2015, s. 17). På bakgrunn av dette kan vi si at behov for kompetent personale på sykehjem er til stede, og kompetansen må økes, det er viktig med fagutvikling, dette er å tråd med rådene til Holm & Husebø (2015, s. 17).

Studien til Steindal & Sørbye (2010, s. 141-142) blir sett fra pårørendes perspektiv. Her uttrykkes det frustrasjon over at det ikke er personell med tilstrekkelig kompetanse, og andre faktorer som språkopplæring av ansatte og god kommunikasjon blant pårørende og ansatte. Det er flere grunnleggende behov som skal ivaretas hos pasienter i palliativ fase. Både fysiske, psykiske, sosiale og åndelige/eksistensielle. Travelbee (1999, s. 48) hevder at det ikke kun kan være én helsearbeider som oppfyller alle behov hos pasienten. Alle helsearbeidere oppfyller noen av den syke sine behov, legen tar seg av noen, fysioterapeuten noen og andre grupper tar seg av noen behov pasienten har. Dermed samarbeider alle tverrfaglig rundt pasienten, for å kunne ivareta alle behovene. Når det gjelder pasienters psykososiale behov, bør informasjon som skal gis til pasienter med kreft bygge på en prosessuell modell for kommunikasjon. Da denne gir rom for å utveksle meninger og å danne en ny forståelse (Lorentsen & Grov, 2017, s. 417). Pasienter som er rammet av kreft risikerer å oppleve eksistensiell smerte, dette vil være følelser av meningsløshet, tap av identitet og verdiløshet. Sykepleieren har i dette tilfellet en mulighet til å innvirke på hvordan de eksistensielle behovene blir ivaretatt. Dersom sykepleieren er til stede, har evne til å lytte og være nær, kan pasienten fortelle om sin lidelse (Lorentsen & Grov, 2017, s. 417). Men ofte uttrykker helsepersonell manglende kompetanse i å kunne bidra til åndelig/eksistensiell omsorg. Personlig egnethet er sentralt her, samt relasjonskompetanse. Det krever også kunnskap om hva åndelige/og eksistensielle behov er hos de enkelte pasientene og pårørende. Samt hvordan man skal ivareta de. Kompetanse i kommunikasjon er relevant, og den erverves best ved fokusert trening (Hirsch & Røen, 2016, s. 324). I Verdighetsgarantien § 3 punkt d) (2010) blir det slått fast at tjenestetilbudet skal legge til rette for at det skal tilbys samtaler om eksistensielle spørsmål.

Gran og Miller (2008) her referert i Lorentsen og Grov (2017, s. 427) viser til en norsk studie hvor det har blitt funnet at sykepleierne ser på det som etisk utfordrende å skulle takle for eksempel lindrende sedering. Spesielt når en pasient på forhånd selv ikke har vært med på beslutningen om en slik behandling eller dersom familien har behov for å snakke med pasienten om behandlingen. Sykepleieren er derfor ofte usikker på om pasienten opplever

symptomlindring. For å oppnå god symptomlindring er det avgjørende å arbeide tverrfaglig. Dette fordi at pasienter som er rammet av kreft ofte har komplekse og sammensatte symptombilder (Helsedirektoratet, 2019, s. 14). For å kunne kartlegge symptomer og deres intensitet anbefaler helsedirektoratet (2019, s. 14-15) at disse kartlegges regelmessig. Hensiktsmessige metoder til å kartlegge symptomenes intensitet på kan være at pasienten selv uttrykker det ved hjelp av en numerisk skala (NRS). Til tross for dette er det viktig å huske på at ikke nødvendigvis alle pasienter har mulighet til selvrapporing. Dette kan være pasienter med for eksempel demens, eller dersom pasienten ikke lenger er ved bevissthet. Som S. Husebø & Husebø (2015, s. 27) hevder dreier det seg om ca. 60% av pasientene, som mister bevisstheten i palliativ fase. Dette gjør at det vil være behov for at etiske utfordringer er avklart på forhånd, fordi dersom pasienten skulle miste bevisstheten er en avhengig av å kunne innhente informasjon som er avklart på forhånd, altså formodet samtykke. Kompetansen til personalet og andre omsorgspersoner er avgjørende. Ved å tolke verbale og ikke-verbale tegn som kan være uttrykk for smerte, og følge opp eventuelle funn med tiltak. Det finnes da ulike kriterier en kan ta i bruk for å vurdere om videre bruk av analgetika eller sedativer er hensiktsmessig (B. S. Husebø & Husebø, 2012, s. 430-431).

Som nevnt tidligere Jmf. Punkt 2.2 under teori, er det flere behandlingsmetoder som kan brukes for å lindre. Med vanlige plager menes smerter, kvalme, nedsatt allmenntilstand og obstipasjon. På den ene siden kan de ulike typene behandling forlenge pasientens levetid. På den andre siden kan også behandlingene i seg selv forårsake ulike plager. Derfor vil det være viktig å kjenne til alle medikamentelle smertelindrende metoder som er tilgjengelige (Bertelsen et al., 2016, s. 145). Men også hvilke bivirkninger de ulike kan føre til.

Dersom en sørger for at de palliative forløpene er planlagt i en mal som gir muligheter for tilpasninger individuelt til en hver tid, blir forløpene dynamiske. Fordi kreftpasienter ofte har raske endringer i sykdomsbildet dersom kreften en langt kommen, er det viktig. Dersom palliativ tilnærming benyttes uavhengig av hvor pasienten er i sykdomsforløpet, kan det bidra til bedre symptomlindring og bedre livskvalitet (Kaasa & Knudsen, 2018, s. 142-143). Det samme kommer frem i studien til Koppel et al. (2019, s. 1186) hvor de hevder at sen oppstart av palliativ pleie ikke bør forekomme. Avslutningsvis kan en si at en annen fordel med å benytte seg av pasienttilpassede forløp vil være at det kan bidra til å implementere nasjonale faglige retningslinjer inn i den kliniske praksisen (Kaasa & Knudsen, 2018, s. 142-143).

6.0 Avslutning

I oppgaven har jeg drøftet ulike begreper, funnet ulike synspunkter på verdighet, og sett på hvordan sykepleiere kan bidra til en verdig død hos pasienter. Resultatene viser at det er økt behov for fagutvikling og kompetanse blant personalet. Dersom det er utviklet en plan i forkant, og personalet jobber tverrfaglig vil dette være faktorer som kan bidra til en verdig død. For å summere opp så vil det å kunne ta stilling til etiske dilemmaer, kommunisere og ha gode organisatoriske rammer være positivt. Pasientene må oppleve god symptomlindring, ivaretagelse av behov og godt samarbeid mellom ansatte og pårørende. Til slutt kan det sies at det videre vil det være en fordel å øke kompetansen blant sykepleiere når det gjelder palliativ pleie. Samt utvikling eller økt bruk av palliativ plan på sykehjem vil være gunstig. Det å ha godt tverprofesjonelt samarbeid på sykehjemmet, slik at alle behovene pasienten har kan bli ivaretatt i den palliative fasen vil kunne bidra til en verdig død.

REFERANSELISTE

- Aakre, M. (2011, 21. februar). Ja til verdighet. Hentet fra <https://sykepleien.no/etikk/2011/02/ja-til-verdighet>
- Aakre, M. (2012). Makt og verdighet i eldreomsorgen. I M. Bondevik & H. A. Nygaard (Red.), *Tverrfaglig geriatri - en innføring* (3. utg., s. 307-325). Bergen: Fagbokforlaget.
- Aakre, M. (2015). Verdig livsavslutning for alle. I M. S. Holm & S. Husebø (Red.), *En verdig alderdom - omsorg ved livets slutt* (s. 49-53). Bergen: Fagbokforlaget.
- Aasen, S. E. (2020, 3. januar). Medisinske og helsefaglige termer på norsk og engelsk. Hentet fra <https://www.helsebiblioteket.no/om-oss/artikkelarkiv/mesh-medical-subject-headings-pa-norsk-og-engelsk>
- Bertelsen, B., Hornslien, K. & Thoresen, L. (2016). Svulster. I S. Ørn & E. Bach- Gansmo (Red.), *Sykdom og behandling* (2. utg., s. 126-149). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- 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://journals.sagepub.com/doi/10.1177/2057158516674836>
- Dalland, O. (2019). *Metode og oppgaveskriving* [Allvit]. Oslo: Gyldendal Akademisk. Hentet fra <https://www.allvit.no>
- Eide, H. & Eide, T. (2006). *Kommunikasjon i relasjoner - Samhandling, konfliktløsning, etikk*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Forsberg, C. & Wengström, Y. (2015). *Att göra systematiska litteraturstudier : värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning* (4. utg.). Stockholm: Natur & kultur.
- Førde, R. (2014, 10. oktober). Helsinkideklarasjonen. Hentet fra <https://www.etikkom.no/FBIB/Praktisk/Lover-og-retningslinjer/Helsinkideklarasjonen/>

Hall, S., Davies, J. M., Gao, W. & Higginson, I. J. (2014). Patterns of dignity-related distress at the end of life: A cross-sectional study of patients with advanced cancer and care home residents. *Palliative Medicine*, 28(9), 1118-1127.

<https://doi.org/10.1177/0269216314533740>

Hauge, S. (2018). Sykepleie i sykehjem. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie - god omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., s. 265-283). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Haugen, D. F. & Aass, N. (2016). Organisering av palliative tilbud. I S. Kaasa & H. Loge (Red.), *Palliasjon - Nordisk lærebok* (3. utg., s. 112-125). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Helsebiblioteket. (2016a, 3. juni). Sjekklistor. Hentet fra

<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistor>

Helsebiblioteket. (2016b, 7. juni). Lage søkestrategi. Hentet fra

<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/litteratursok/lage-sokestrategi>

Helsebiblioteket. (u.å.). Alle databaser. Hentet fra

<https://www.helsebiblioteket.no/databaser/alle-databaser>

Helsedirektoratet. (2015). *Rapport om tilbudet til personer med behov for lindrende behandling og omsorg mot livets slutt - å skape liv til dagene* (IS-2278). Hentet fra

https://www.regjeringen.no/contentassets/a4b45c8f57e741bdbb3bfb32c6b9ef43/rapport_hdir_palliasjonsrapport_160315.pdf

Helsedirektoratet. (2019). *Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen* (IS-2800). Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/tema/palliasjon>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2013). *Morgendagens omsorg* (St.meld. nr. 29 (2012-2013)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-29-20122013/id723252/?ch=1>

- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (LOV-2011-06-24-30) Hentet fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30#KAPITTEL_3
- Hemati, Z., Ashouri, E., AllahBakhshian, M., Pourfarzad, Z., Shirani, F., Safazadeh, S., ... Taleghani, F. (2016). Dying with dignity: a concept analysis. *Journal of Clinical Nursing*, 25(9-10), 1218-1228. <https://doi.org/10.1111/jocn.13143>
- Hirsch, A. & Røen, I. (2016). Ivaretakelse av åndelige og eksistensielle behov. I S. Kaasa & J. H. Loge (Red.), *Palliasjon - Nordisk lærebok* (3. utg., s. 315-325). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Holm, M. S. & Husebø, S. (2015). Innledning. I S. Husebø & M. S. Holm (Red.), *En verdig alderdom - omsorg ved livets slutt* (s. 13-19). Bergen: Fagbokforlaget.
- Hummelvoll, J. K. (2012). *Helt - ikke stykkevis og delt: Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse* (7. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Husebø, B. S. & Husebø, S. (2012). De gamles siste timer og dager. I M. Bondevik & H. A. Nygaard (Red.), *Tverrfaglig geriatri - En innføring* (3. utg., s. 425-441). Bergen: Fagbokforlaget.
- Husebø, S. & Husebø, B. (2015). Omsorg ved livets slutt. I M. S. Holm & S. Husebø (Red.), *En verdig alderdom - omsorg ved livets slutt* (s. 21-37). Bergen: Fagbokforlaget.
- Kaasa, S. & Knudsen, A. K. (2018). Palliativ medisin for kreftpasienter. I E. Schlichting & E. Wist (Red.), *Kreftsykdommer - en basisbok for helsepersonell* (5. utg., s. 126-144). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kaasa, S. & Loge, J. H. (2016). Palliativ medisin - en innledning. I S. Kaasa & J. H. Loge (Red.), *Palliasjon - Nordisk lærebok* (2. utg., s. 34-50). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kalfoss, M. H. (2017). Møte med lidende og døende pasienter - sykepleierens møte med seg selv. I D.-G. Stubberud, R. Grønseth & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie* (5. utg., Bind. 2, s. 453-481). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kildekompasset. (2015). Hva er fagfellevurdering? Hentet 23. mars 2020 fra

<http://kildekompasset.no/kildekritikk/ord-uttrykk/hva-er-fagfellevurdering.aspx>

Koppel, M. t., Onwuteaka-Philipsen, B. D., Block, L. V. d., Deliens, L., Gambassi, G., Heymans, M. W., ... Steen, J. T. v. d. (2019). Palliative care provision in long-term care facilities differs across Europe: Results of a cross-sectional study in six European countries (PACE). *Palliative Medicine*, 33(9), 1176-1188.

<https://doi.org/10.1177/0269216319861229>

Kreftregisteret. (2020, 15. april). Nøkkeltall om kreft. Hentet fra

<https://www.kreftregisteret.no/Temasider/om-kreft/>

Kristoffersen, N. J. (2016). Sykepleiefagets teoretiske utvikling - en historisk reise. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie - pasientfenomener, samfunn og mestring* (3. utg., Bind 3, s. 15-80). Oslo: Gyldendal akademisk.

Kyota, A. & Kanda, K. (2019). How to come to terms with facing death: a qualitative study examining the experiences of patients with terminal Cancer. *BMC Palliative Care*, 18(1), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12904-019-0417-6>

Lorentsen, V. B. & Grov, E. K. (2017). Generell sykepleie ved kreftsykdommer. I D.-G. Stubberud, R. Grønseth & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie 2* (5. utg., s. 397-436). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Mathisen, J. (2016). Sykepleie ved livets avslutning. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie - Pasientfenomener, samfunn og mestring* (3. utg., Bind. 3, s. 407-449). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Nortvedt, P. (2012). *Omtanke - en innføring i sykepleiens etikk*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Næss, G. & Helbostad, J. L. (2012). Geriatrisk vurdering og behandling - tverrfaglig samarbeid. I M. Bondevik & H. A. Nygaard (Red.), *Tverrfaglig geriatri - en innføring* (3. utg., s. 63-78). Bergen: Fagbokforlaget.

Russnes, H. G., Haakensen, V. D. & Helland, Å. (2018). Tumorbiologi. I E. Schlichting & E. Wist (Red.), *Kreftsykdommer - en basisbok for helsepersonell* (5. utg., s. 48-62). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Røkenes, O. H. & Hanssen, P.-H. (2012). *Bære eller bryte: Kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker* (3. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.

Steindal, S. A. & Sørbye, L. W. (2010). Er sykehjemmet et verdig sted å dø? *Sykepleien Nett*, 5(2), 138-145. <https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2010.0073>

Sætre, L. F. (2013). Samhandling og palliasjon. *Omsorg. Nordisk tidsskrift for palliativ medisin*, 30(2), 41-45. Hentet fra https://www.lds.no/media/2435/saetre-lf_-samhandling-og-palliasjon_presentasjon-av-prosjektet-utvidet-lindrende-team.pdf

Thidemann, I.-J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter : den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. Oslo: Universitetsforlaget.

Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Törnquist, A., Andersson, M. & Edberg, A.-K. (2013). In search of legitimacy - registered nurses' experience of providing palliative care in a municipal context. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 27(3), 651-658. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2012.01074.x>

Verdighetsgarantien. (2010). *Forskrift om en verdig eldreomsorg*. (FOR-2010-11-12-1426). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2010-11-12-1426>

Vedlegg 1 – Søketabletter

Artikkelen “Palliative care provision in long-term care facilities differs across Europe: Results of a cross-sectional study in six European countries (PACE)” skrevet av Koppel, M.T., Onwuteaka-Philipsen, B. D., Van den Block, L., Deliens, L., Gambassi, G., Heymans, M. W., ... van der Steen, J. T. (2019) ble funnet på søk nr. S11 i databasen CINAHL. På søk nr. S11 fikk jeg til sammen 34 treff, hvor denne artikkelen var nr. 4.

CINAHL 24/2	Søkeord (term)	Avgrensning (limit)	Resultat (antall)
S1	Nursing home		50, 506
S2	Right to die		1,740
S3	Cancer		391,625
S4	S1 AND S2		35
S5	S1 AND S2 AND S3		4
S6	S1 AND S3		1,154
S7	S2 OR S6		2,890
S8	S2 OR S6	English Language, Peer Reviewed, Europe	333
S9	Palliative care*		25,297
S10	S8 AND S9		95
S11	S8 AND S9	Aged 65+	34

Artikkelen “Er sykehjemmet et verdig sted å dø?” skrevet av Steindal, S. A. & Sørbye, L. W.(2010) ble funnet på søk nr. S1 på Sykepleien. På søk nr. S1 fikk jeg til sammen 23 treff, hvor denne artikkelen var nr. 7.

Sykepleien.no/forskning 25/2	Søkeord (term)	Avgrensning (limit)	Resultat (antall)
S1	Verdig	2010-2020	23

Artikkelen “Preserving dignity in end-of-life nursing home care: Some ethical challenges” skrevet av Brodtkorb, K., Skisland, A, V-S., Slettebø, Å. & Skaar, R. (2016) ble funnet på søk nr. S8 i databasen CINAHL. På søk nr. S8 fikk jeg til sammen 17 treff, hvor denne artikkelen var nr. 1.

CINAHL 27/2	Søkeord (term)	Avgrensning (limit)	Resultat (antall)
S1	Nursing home		50, 512
S2	Dignity		6,618
S3	End of life care		37,475
S4	Palliative care		40,266
S5	Cancer		391,807
S6	S1 AND S2 AND S3 AND S4 AND S5	Published Date: 2010 – 2020 English language; Peer Reviewed; Age Groups: 65+ years	2
S7	S1 AND S2 AND S5		7
S8	S1 AND S2 AND S3	Peer Reviewed; Geographic Subset: Europe; Published Date: 2010 – 2020	17

Artikkelen "In search of legitimacy - registered nurses' experience of providing palliative care in a municipal context." skrevet av Törnquist, A., Andersson, M., Edberg, A-K. (2012) ble funnet på søk nr. S5 i databasen CINAHL. På søk nr. S5 fikk jeg til sammen 703 treff, hvor denne var nr. 11

CINAHL 21/2	Søkeord (term)	Avgrensning (limit)	Resultat (antall)
S1	cancer AND nursing home AND palliative care		45,174
S2	Cancer AND nursing home AND palliative care	2010-2020	27,837
S3	Cancer AND nursing home AND palliative care	2010-2020, + aged 65+	5,748
S4	Cancer AND nursing home AND palliative care	Fulltext + 2010-2020, aged 65+	952
S5	Cancer AND nursing home AND palliative care	Europe + Fulltext + 2010-2020, aged 65+	703

Artikkelen «How to come to terms with facing death: a qualitative study examining the experiences of patients with terminal Cancer» skrevet av Kyota, A. & Kanda, K. (2019) ble funnet på søk nr. S4 i databasen PubMed. På søk nr. S4 fikk jeg til sammen 111 treff, hvor denne artikkelen var nr. 25.

PubMed 4/3	Søkeord (term)	Avgrensning (limit)	Resultat (antall)
S1	Nursing home		89567
S2	Cancer		4038321
S3	Dignity		365411
S4	S1 AND S2 AND S3	Review	111

Artikkelen «Patterns of dignity-related distress at the end of life: A cross-sectional study of patients with advanced cancer and care home residents» skrevet av Hall, Davies, Gao, & Higginson (2014) ble funnet på søk nr. S7 i databasen MEDLINE. På søk nr. S7 fikk jeg til sammen 2 treff, hvor denne artikkelen var nr. 1.

MEDLINE 5/3	Søkeord (term)	Avgrensning (limit)	Resultat (antall)
S1	Nursing		592936
S2	Cancer		1686584
S3	Nursing home		21496
S4	Cancer patients		172726
S5	Dignity		6700
S6	Palliative care		64219
S7	S3 AND S4 AND S5		2

Vedlegg 2 – Oversiktstabell

Forfatter(e), Publiserings år Tidsskrift, Land	Tittel	Hensikten med studien	Metode	Utvalg/populasjon	Hovedfunn/resultater
Törnquist, A., Andersson, M., Edberg, A.-K., 2013, Scandinavian Journal of Caring Sciences, Sverige	In search of legitimacy – registered nurses' experience of providing palliative care in a municipal context	Beskrive sykepleiers opplevelse av å gi palliativ omsorg til eldre mennesker i en kommunal sammenheng.	Kvalitativ metode, med fokusgruppeintervjuer med sykepleiere i fire kommuner i Sør – Sverige.	Fokusgruppediskusjoner med 20 sykepleiere fra fire forskjellige kommuner i Sør-Sverige, deretter ble de analysert ved bruk av konversjonell innholdsanalyse.	Intensjonen er at eldre skal leve i verdighet og få god helsehjelp ved livets slutt. Uavhengig av hvor de bor. Annerkjennelse av sykepleiers kunnskap må økes og ferdigheter, innen dette temaet. Sykepleierne manglet riktig støtte og forutsetninger for å gi palliativ pleie av høy kvalitet til eldre døende pasienter.
Forfatter(e) Publiserings år Tidsskrift, Land	Tittel	Hensikten med studien	Metode	Utvalg/populasjon	Hovedfunn/resultater
ten Koppel, M., Onwuteaka-Philipsen, B. D., Van den Block, L., Deliens, L., Gambassi, G., Heymans, M. W., ... van der Steen, J. T., 2019, Palliative Medicine, Europa	Palliative care provision in long-term care facilities differs across Europe: Results of a cross-sectional study in six European countries (PACE).	Behovet for palliativ pleie på sykehjem øker. Det stilles spørsmål ved om lindrende behandling på slike plasser er tilstrekkelig utviklet.	Tverrsnittundersøkelse etter dødsfall. For å se når igangsetting av palliativ pleie ble gjort, hvem den ble gitt av og hvem som var involvert. Og om behandlingen var lindrende.	Seks europeiske land ble sammenlignet. Belgia, England, Finland, Italia, Nederland og Polen. 1298 innbyggere på 300 anlegg. Deltakere var sykepleiere eller assistenter som er de som er mest involvert i omsorg for pasienten.	Palliativ behandling ofte igangsatt 2 uker før døden inntreffer og gitt av behandelende lege. En spesialist i palliativ omsorg var involvert mest i Belgia og Polen. Pasienter med demens, kreft eller en kontaktperson i journalen fikk oftere lindrende behandling. Og startet raskere dersom sykepleieren hadde avklart med pasienten hva det foretrakne pleietilbudet var ved slutten av livet. Artikkelen konkluderer med at dette temaet krever økt oppmerksomhet, og at sen oppstart av palliativ omsorg ikke bør forekomme kun fordi pasienten ikke er rammet av en av de overnevnte diagnosene.
Forfatter(e) Publiserings år Tidsskrift, Land	Tittel	Hensikten med studien	Metode	Utvalg/populasjon	Hovedfunn/resultater
Steindal, S. A. & Sørbye, L. W., 2010, Sykepleien Forskning, Norge	Er sykehjemmet et verdig sted å dø?	Belyse overflytting fra sykehjem til sykehus når pasienter er i palliativ fase, drøfting av ulike faktorer som bidrar til at pårørende opplever at pasienten får en verdig død på sykehjem.	Semistrukturerte intervjuer av nærmeste pårørende. Innholdsanalyse av to åpne spørsmål fra intervjueskjema. Kvalitative data fra de to spørsmålene ble brukt	50 (43%) pårørende ønsket å bli intervjuet, 20 (40%) av pårørende beskrev egne erfaringer og holdninger til sykehjem via de to innledningsspørsmålene. dødsfall Dette utgjør datamaterialet.	20 pårørende (40%) trakk frem erfaringer og holdninger til sykehjem. Tre hovedtemaer gikk igjen i datamaterialet. Forventninger og tillit til personalet, pårørende som den gamles advokat og sykehuset som symbol på en verdig død. Vertig død på sykehjem trenger mer personell med tilstrekkelig kompetanse. Språkopplæring, og god kommunikasjon mellom pårørende og ansatte er viktig
Forfatter(e) Publiserings år Tidsskrift, Land	Tittel	Hensikten med studien	Metode	Utvalg/populasjon	Hovedfunn/resultater
Kyota, A. & Kanda, K. 2019, BMC Palliative Care, Japan	How to come to terms with facing death: a qualitative study examining the experiences of patients with terminal Cancer.	Undersøke kreftpasienter som har nådd terminalt stadum, hvordan de håndterer følelsene forbundet med angst og depresjoner.	11 pasienter ble intervjuet to til fem ganger, over tid, 33 intervjuer og 2027 minutter. Data ble analysert ved hjelp av kvalitative metoder.	Elleve terminale pasienter med kreft som fikk symptomlindrende behandling hjemme eller i en palliativ omsorgsenhet ble intervjuet.	Fem temaer ble trukket ut om opplevelsen av å håndtere følelser assosiert med angst og depresjon når en står ovenfor døden. -Akseptere at jeg har utviklet kreft -Godta den ubestridelige tilnærmingen til min egen død -Akseptere mitt behov for hjelp -Godta utilfredsstillende omstendigheter -Godta dette som min skjebne og et resultat av mitt liv Sykepleiere må forstå pasientens kompliserte mentale mønstre som kommer til uttrykk i deres daglige språk. Funnene viser nødvendigheten av at sykepleiere hjelper pasienter med å akseptere terminal sykdomstilstand i løpet av pasientens siste dager.
Forfatter(e) Publiserings år Tidsskrift, Land	Tittel	Hensikten med studien	Metode	Utvalg/populasjon	Hovedfunn/resultater
Hall, Davies, Gao, & Higginson, 2014, Palliative Medicine, London	Patterns of dignity-related distress at the end of life: A cross-sectional study of patients with advanced cancer and care home residents.	Forstå å identifisere hvordan pasienter oppnår en verdig død. Se på hvordan kreftpasienter og pasienter i omsorgsboliger har verdighetsrelaterte problemer	Sekundær analyse av sammenslåtte basedata fra to randomiserte kontrollerte studier.	45 voksne pasienter med avansert kreft som var henvist til sykehusbasert palliativ omsorgsteam og 60 beboere i 15 omsorgsboliger. Inkluderingskriterier: voksne uten moderat/alvorlig kognitiv svikt.	Pasienter med avansert kreft rapporterte flere problemer enn pasienter i omsorgsbolig. Særlig eksistensielle problemer. En større forståelse for verdighet vil kunne hjelpe pleiere å gi mer effektiv palliativ pleie. Begge gruppene opplevde fysisk forstyrrende symptomer og funksjonelle begrensninger.
Forfatter(e) Publiserings år Tidsskrift, Land	Tittel	Hensikten med studien	Metode	Utvalg/populasjon	Hovedfunn/resultater
Brodtkor, K., Skisland, A. V.-S., Slettebø, Å., & Skaar, R., 2017, Nordic journal of nursing Research, Norge	Preserving dignity in end-of-life nursing home care: Some ethical challenges.	Undersøke hvordan helsepersonell påvirkes, hvordan de takler etiske utfordringer knyttet til palliativ pleie.	Kvalitativ og empirisk design. Basert på hermeneutisk forskningsforståelse, og er en del av et større forskningsprosjekt	Kommune i Norge med 20 000 innbyggere Her ble to sykehjem inkludert Situasjonene ble innhentet fra medieforskerne sin praksis.	Mangel på organisering og bemanning kunne gjøre at sykehjemsbeboerne ikke opplevde verdighet Personalet møtte på flere etiske utfordringer underveis i palliativ fase Sykepleieren fikk ansvar utover egen kompetanse. Sykehjem gir ikke de nødvendige organisatoriske rammene.