



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGAVE

En trygg og verdig død hjemme

A dignified and safe home death

Grethe Haukaas Sandvik

Kandidatnummer: 306

Bachelorutdanning i sykepleie

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

Veileder: Terese Bjordal

15.06.2020

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.

Sammendrag

Tittel: En trygg og verdig død hjemme

Bakgrunn: Praksis i hjemmesykepleie og erfaring fra eldre omsorgen, har gjort meg veldig interessert og nysgjerrig i å lære mer om hjemmedød.

Problemstilling: Hvordan kan sykepleier bidra til at eldre kan få en trygg og verdig død i sitt eget hjem?

Metode: Oppgaven min er en litteratur studie, det vil si at jeg har brukt data fra allerede eksisterende fagkunnskap, forskning og teori.

Konklusjon: Trygghet, tillit og autonomi blir trukket frem som noe av det viktigste for at pasienten og pårørende skal oppleve det verdig og trygg å dø hjemme. Sykepleiers kompetanse og samarbeid med lege og andre yrkesgrupper har også vist seg som viktig for å skape trygghet og tillit.

Nøkkelord: Palliative care, elderly, dignity, palliasjon, dying at home

Abstract

Title: A dignified and safe home death

Background: Practices in home nursing and experience from the elderly care, have made me very interested and curious to learn more about home death.

Issue: How can a nurse help elderly to have a safe and dignified death in their own home?

Metode: My thesis is a literature study, that means I used data from pre-existing scientific knowledge, research and theory.

Results: Security, trust and autonomy are highlighted as one of the most important factors for the patient and their relatives to feel worthy and safe to die at home. Nurse's expertise and collaboration with doctors and other professional groups has also proved to be important for the patient to feel trust.

Keewords: Palliative care, elderly, dignity, palliasjon, dying at home

Innholdsfortegnelse

1. Innledning.....	5
1.1. Bakgrunn for valg av tema	6
1.2. Problemstilling	6
1.3. Avgrensning av problemstilling.....	6
1.4. Begrepsforklaring	6
1.5. Oppgaven videre.....	7
2. Teori	7
2.1. Menneske til menneske forhold	7
2.2. Pasientens selvbestemmelsesrett	8
2.3. Hjemmet som arbeids arena.....	9
2.4. Symptomlindring	9
2.5. Pårørende som trygghet.....	10
2.6. Sykepleier kompetanse	11
3. Metode	11
3.1. Søkeprosess og databaser	12
3.2. Kildekritikk	13
4. Funn	14
4.1. Studie 1.....	14
4.2. Studie 2	15
4.3. Studie 3	15
4.4. Studie 4	16
5. Drøfting.....	16
5.1. Å forberede seg på døden.....	16
5.2. Selvbestemmelse i palliativ fase	17
5.3. Trygghet er avgjørende i livet siste fase	19
5.4. Erfaring og kompetanse.....	20
6. Konklusjon.....	22
Referanser	24

7.1. Vedlegg	27
7.2. Vedlegg	27

1. Innledning

Sjeldent kommer døden plutselig og uventet, som regel er det en prosess som strekker seg ut i tid (Birkeland & Flovik, 2018, s. 186). Det kan være betydningsfullt å være hjemme i ro i livets siste fase, tid hjemme kan bidra til en verdig avslutning på livet (Birkeland & Flovik, 2018, s. 186).

Antall personer som får dø i sitt eget hjem har endret seg lite de siste 20 årene, selv om mange har et ønske om å få tilbringe sine siste dager av livet hjemme og pårørende og helsepersonell prøver å legge til rette for det (Folkehelseinstituttet, 2019). Det var bare 16 prosent som døde hjemme i 1998 og 13 prosent i 2017 (Folkehelseinstituttet, 2019). En forutsetning for at pasienten skal få tilbringe den palliative fasen hjemme, er at både pasienten og de pårørende ønsker det (Fjørtoft, 2016, ss. 81-82). Det er viktig at pasient og pårørende opplever det som trygt, da pårørende spiller en viktig rolle for at pasienten skal kunne dø hjemme. I de fleste tilfeller er det faktisk avgjørende at det er pårørende som er til stede og kan bistå, sammen med en kompetent sykepleier som også har en viktig rolle når pasienten velger å være hjemme i den palliative fasen (Fjørtoft, 2016, s. 81).

For å kunne gi tilpasset behandling og omsorg i livets siste fase er det nødvendig at sykepleier har kunnskap om pasientens sykdomshistorie og gjenkjenner mulige endringer i sykdomsforløpet. Pasient og pårørende må gjennom samtaler forberedes på at livet til pasienten går mot slutten (Helsedirektoratet, 2018). I livets siste fase øker ofte pårørendes behov for informasjon, det er derfor viktig å ta med pårørende i samtalen i den grad pasienten selv ønsker det (Helsedirektoratet, 2018). Sykepleier må ha kunnskap om pasientens forventninger og behov for kommunikasjon, dette er et viktig utgangspunkt for å kunne ivareta pasientens behov for samtale og informasjon i den palliative fasen (Helsedirektoratet, 2018). Sykepleier har et stort ansvar overfor pasienter i en palliativ fase, Vi skal blant annet bidra til en naturlig død og at pasienten ikke dør alene (Norsk sykepleier forbund, 2019).

1.1. Bakgrunn for valg av tema

Mine to siste praksiser var jeg i hjemmesykepleien på to ulike steder. Jeg har møtt eldre som ønsker å ha livets siste fase hjemme, men har enda ikke opplevd at noen får oppfylt dette ønsket. Min opplevelse er at helsepersonell, både lege og sykepleiere var mer opptatt av å overtale pasientene om å få behandling på sykehus. Dette kan ha mange ulike grunner som tid og kapasitet. Jeg har fått jobb i hjemmesykepleien ved endt studie, noe som gjør meg enda mer nysgjerrig og interessert i å vite mer om tema.

1.2. Problemstilling

Hvordan kan sykepleier bidra til at eldre kan få en trygg og verdig død i sitt eget hjem?

1.3. Avgrensning av problemstilling

Jeg har avgrenset oppgaven min til eldre hjemmeboende som ønsker å ha livets siste fase hjemme. Jeg kommer til å skrive om eldre som får hjelp av hjemmesykepleien, jeg kommer ikke til å gå inn på kjønn, hvilken type hjelp de får eller diagnoser. Pasientgruppen jeg skriver om vil være i aldergruppen 80 år og opp, denne pasientgruppen defineres som gamle (Romøren, 2016, s.31-32). Jeg velger å omtale dem som eldre, da det gir en bedre ordlyd i oppgaven. God smertelindring er et viktig aspekt av en palliativ fase, jeg vil derfor skrive litt om symptomlindring. Jeg kommer inn på hvordan pårørende kan føle seg ivaretatt i en slik situasjon. Jeg vil også komme inn på hva som kreves av sykepleier når pasienten vil dø hjemme.

1.4. Begrepsforklaring

Verdighet: Verdighet er både et subjektivt og et objektivt fenomen. Objektiv verdighet er en iboende verdighet vi har i kraft av å være menneske. Den subjektive verdigheten er den enkeltes opplevelse av sin verdighet (Oslomet, 2020).

Trygghet: Følelse av beskyttelse, begrepet trygghet blir gjerne brukt på to måter: om sikkerhet og om en sinnsstemning (Fjørtoft, 2016, s. 122)

Palliativ fase/livets siste fase: Palliativ fase beskrives som en prosess som starter når det erkjennes at sykdommen er uhelbredelig, og avsluttes når pasienten dør (Torbjørnsen, 2016, s.523).

Autonomi: selvbestemmelse, og i medisinsk sammenheng medbestemmelse (Slettebø, 2016, s.217)

Pårørende: Pårørende er den eller de pasienten oppgir som pårørende (Lov om pasient og brukerrettigheter, 1999, §1-3b)

1.5. Oppgaven videre

Oppgaven er inndelt i 6 kapitler, innledning, teori, metode, funn, drøfting og konklusjon til slutt. I innledning begrunner jeg valg av tema og problemstillingen min. Teori delen presenterer jeg relevant teori som skal belyse min problemstilling. Videre presenterer jeg valg av metode, søkeprosess, innhenting av data samt kildekritikk. Kapittel 4 presenterer jeg funn og gjennomgang av forskningsartikler. I siste kapittel drøfter jeg funn og teori opp mot problemstillingen. Til slutt kommer konklusjon.

2. Teori

Teoretiske perspektiv innebærer å gjøre rede for den eller de teoriene som du mener kan belyse temaet og problemstillingen din (Dalland, 2019, s. 186).

2.1. Menneske til menneske forhold

Døden rører ved det ukjente i oss og utfordrer våre grunnleggende tanker om livet, vår eksistens og våre følelser. Åndelige og religiøse forhold kan ha stor betydning for mange, troen kan hjelpe mange til å se sitt liv i en sammenheng, finne en mening med både livet og døden og gi et håp om et liv etter døden. Det innebærer at man som sykepleier må være åpen for å snakke med pasienten om livet og døden og eventuelt om livet etter døden (Birkeland & Flovik, 2018, s. 189).

De psykologiske aspektene kan være forbundet med den enkelte pasientens reaksjoner på å ha fått en dødelig sykdom og hvordan han mester dette. Å få vite at døden nærmer seg vil for de fleste utløse en krisereaksjon, noen vil ha behov for ekstra omsorg, nærhet og kontakt i en slik situasjon (Birkeland & Flovik, 2018, s. 190). Videre kan man undre på hva en verdig livsavslutning egentlig er, for noen kan det være å ha sine nærmeste rundt seg og være smertefri. For andre kan det være å få bestemme selv hvor en vil ha den siste tiden. FN har vedtatt internasjonale retningslinjer som legger vekt på, rettighetene pasienten har til en helhetlig tilnærming med utgangspunkt i hver pasients behov og ønsker (Birkeland & Flovik, 2018, s. 80).

Joyce Travelbee sykepleierteori om mellom menneskelige forhold handler om at mennesket er et unikt individ, likt men helt ulikt andre (Travelbee, 2001, s.43). Hun legger vekt på samhandlingen mellom pasient og sykepleier, noe som blir ekstra viktig når en skal pleie en pasient som er døende. Hun sier at som sykepleier må en jobbe for å etablere et menneske- til- mennesker- forhold, fremfor et «sykepleier-pasient forhold». Sykepleieren må se forbi rollene som pasient og sykepleier for å kunne hjelpe og bruke seg selv terapeutisk for å kunne få et slikt forhold til pasienten. Når Travelbee sier at sykepleieren må kunne bruke seg selv terapeutisk, betyr det at sykepleieren må evne å bruke sin egen personlighet, bevissthet og målrettethet for å skape et likeverdige forhold med pasienten (Travelbee,2001, s.44-45). Dette likeverdige forhold er viktig, for at pasienten skal ha tillit til sykepleier og for at det skal kjennes trygt.

2.2. Pasientens selvbestemmelsesrett

Det er nedfelt i lovverket at pasienten har rett til å bestemme over seg selv og sine valg. Det er viktig at pasienter føler at de får beholde sin autonomi så lenge som mulig. Hvis pasienten ikke klarer å ta egne valg eller har mistet sin samtykkekompetanse har pasientens pårørende rett til å medvirke sammen med pasienten, dette er nedfelt i pasient og brukerrettighetsloven § 3-1 (1999, §3-1).

Vi må også ivareta pasientens personlige integritet, det betyr at vi må anerkjenne og respektere den enkelte som en unik person med sin identitet og selvforståelse. Respekt for pasientens selvbestemmelse, er grunnleggende for at den enkelte kan oppleve sin personlige integritet ivaretatt (Kirkevold,2016, s.103).

2.3. Hjemmet som arbeids arena

For at hjemmet skal være et godt alternativ, må det føles trygt for pasienten (Fjørtoft, 2016, s. 67). Å bli eldre innebærer også at livet går inn i en slutfase. Når eldre blir svært skrøpelige og hjelpetrengende, er det ofte sykehjem som blir løsningen for mange. Det bør også være et alternativ for de eldre å være hjemme til siste slutt om de vil det (Fjørtoft, 2016, s. 68). Pasienten skal oppleve trygghet både når det gjelder å bo i sitt eget hjem og når det gjelder tjenestene de mottar. For mange er hjemmet et symbol på trygghet, det er et fast holdepunkt hvor vi føler oss beskyttet og har oversikt og kontroll.

Den svenske sykepleieren Kerstin Segesten har analysert hvordan pasienten opplever trygghetsbegrepet (Segesten referert i Fjørtoft 2016, s122). Segesten binder begrepet til to dimensjoner: Indre og ytre trygghet (Segesten referert i Fjørtoft 2016, s122). Indre trygghet er det man har med seg fra en god barndom og som forankrer seg i livssyn, ytre trygghet handler om forholdet man har til omgivelsene og hvordan man samspiller med andre. Det er ytre trygghet man som sykepleier kan påvirke mest (Fjørtoft, 2016, s. 122).

2.4. Symptomlindring

I livets siste fase skal sykepleier bidra til lindring av smerte og andre symptomer, vi skal bekrefte livet og se døden som en naturlig prosess sammen med pasienten og familie. Vi må tilby støtte for å hjelpe både pasienten og pårørende til å leve så aktivt så mulig frem til døden er der (WHO, 2020).

Smerte er et av de vanligste symptomene i en palliativ fase, selv om ikke alle får det (Helsedirektoratet,2018). Smertebehandling må prioriteres hos pasienter i livets siste fase, ingen skal utsettes for unødig lidelse og hvis pasienten skulle få mer smerter, er det viktig at pårørende har oppdaterte telefonlister. Slik at de kan få rask kontakt med hjemmesykepleien som kan tilføre ekstra smertestillende. Det er viktig at det legges en plan for smertebehandling og for hva som skal gjøres hvis smertene endres eller økes. Det bør være avklart hvem som har det medisinske ansvaret og hjemmesykepleien bør ha godt samarbeid med lege (Birkeland & Flovik, 2018, s.194).

Sykepleierens mål i livets siste fase er så god symptomlindring og god livskvalitet som mulig. Et godt hjelpemiddel for å kartlegge symptombelastning og endring i symptombelastning er bruk av Edmonton symptom Assessment system (ESAS). Det er et nyttig skjema for å kartlegge smerte, dødsighet, tung pust, kvalme og forstoppelse (Torbjørnsen, 2016, s.527). Viser til vedlegg 7.2. for å se ESAS skjema.

2.5. Pårørende som trygghet

For at pasienten skal kunne dø hjemme på en verdig måte er det viktig at pårørende føler seg trygge på de oppgavene som må gjøres (Birkeland & Flovik, 2018, s.186).

Pårørende er et begrep som primært brukes i helsetjenesten. De pårørende er ofte nær familie, det kan være ektefelle, foreldre eller barn, det kan være venner, naboer eller fjerne slektninger (Fjørtoft, 2016, s. 101). Pårørende betyr mye ved alvorlig sykdom, de er som regel en forutsetning for at en person skal kunne velge å være hjemme den siste tiden (Fjørtoft, 2016, s. 111).

De fleste pasienter som ønsker å dø hjemme, har pårørende sammen med seg hele tiden. Derfor er en del av omsorgen for dødende pasienter også omsorg for de pårørende (Birkeland & Flovik, 2018, s. 189). For at pårørende skal være en god støtte for den dødende, trenger de kanskje hjelp til å forstå egne reaksjoner. Når de tar på seg omsorgsansvaret i hjemmet, må hjemmesykepleien legge til rette for støtte og avlastning (Birkeland & Flovik, 2018, s. 189)

Tidlig i den palliative fasen bør det etableres en individuell plan for å styrke brukermedvirkning og godt samarbeid med pårørende (Lunde S. A., 2017). Dette kan bidra til å avklare viktige spørsmål om behandling og lette belastningen på pårørende. Helsetjenesten bør ta initiativ til en forberedende samtale, for at viktige avgjørelser kan skrives ned i den individuelle planen. Ved å styrke pårørendes mestring i situasjonen, legges det samtidig til rette for en bedre livsavslutning for pasienten (Lunde S. A., 2017).

2.6. Sykepleier kompetanse

Når pasienten ønsker å tilbringe sine siste dager i eget hjem, må hjemmesykepleien planlegge for å tilrettelegge situasjonen på best mulig måte sammen med pasienten og pårørende. For å forsøke å imøtekomme pasientens behov best mulig (Birkeland & Flovik, 2018, s. 193).

Sykepleierens kompetanse og holdninger er en avgjørende faktor som både kan begrense og øke mulighetene for den enkelte pasienten (Fjørtoft, 2016). Ordet kompetanse brukes i betydningen «kvalifikasjon, dyktighet til noe». Å være kompetent innebærer å være skikket eller kvalifisert til det en gjør (Fjørtoft, 2016, s. 213). Sykepleier kompetanse deles i kunnskaper, ferdigheter og personlige egenskaper. Hjemmesykepleierens kompetanse viser seg i evnen til å bruke kunnskap og ferdigheter på en fleksibel måte og tilpasse handlinger til det situasjonen krever. Kompetansen må være kunnskapsbasert, og den utvikles gjennom erfaring, øvelse og refleksjon. Evne til å vurdere behovet hjemme hos den enkelte er et eksempel på praktisk kunnskap (Fjørtoft, 2016, s. 214).

Kompetanse, faglig støtte og tilstrekkelig tid er avgjørende for å kunne gi god omsorg. I møte med andres død og sorg konfronteres sykepleier med eget forhold til døden. Å delta i pasientens og pårørendes sorg, frykt og håp kan være krevende, men også viktig for å kunne sette seg inn i og forstå pasienten og dens pårørende (Fjørtoft, 2016, s. 82). Sykepleieren kan med sin faglige kompetanse, innlevelse og omsorg bidra til å gjøre den siste fasen til en bedre tid. Det handler mye om tillit, trygghet og tid, omsorg for alvorlig syke og dødene kan oppleves krevende, men også meningsfullt (Fjørtoft, 2016, s. 83).

3. Metode

Metoden man velger å bruke hjelper oss til å samle inn dataen vi trenger, det vil si den informasjonen vi trenger til undersøkelsen (Dalland, 2019, s. 52). Metode kan også beskrives som det å følge en viss vei mot et mål. Forskeren utfordres til å beskrive denne veien og gjøre rede for de valgene som er tatt underveis mot målet. Dersom en undersøkelse skal bli karakterisert som forskning, må forskeren ha fulgt godkjente regler for bruk av anerkjente metoder (Dalland, 2019, s. 54).

I denne oppgaven blir det brukt litteraturstudie som metode, hvor det blir inkludert en tre kvalitative forsknings artikler og en review artikkel som vil si en artikkel som har systematisk gjennomgått 13 kvalitative og 10 kvantitative artikler. Den kvantitative metoden har den fordelen at den gir data i form av målbare enheter. Den kvalitative metoden tar sikte på å fange opp mening og opplevelse som ikke lar seg tallfeste eller måle. Forskjellen mellom disse metoderetningene er i første rekke knytt til måten en samler inn data på (Dalland, 2019, s. 54).

Når man velger å bruke litteraturstudie som metode, bruker man data fra allerede eksisterende fagkunnskap, forskning og teori (Dalland, 2019, s. 207). Jeg har valgt å bruke pensumlistene for sykepleierstudiet og har benyttet meg av både pensum fra første studieår til og med siste studieår. Deriblant geriatrisk sykepleie og hjemmesykepleie. Jeg har også valgt å trekke inn sykepleieteoretikeren Joyce Travelbee, da hun har stor relevans for temaet.

3.1. Søkeprosess og databaser

For å finne relevant litteratur begynte jeg å søke opp ord i Swmed+ for å finne Mesh ord på engelsk. Søkeordene jeg kom frem til var *palliative care at home*, *Palliasjon*, *Hjemmedød*, *Dying*, *Dignity* og *Elderly*. Videre har jeg gjennomført systematisk søk i ulike databaser for å finne relevante forskningsartikler til tema. Jeg brukte da Akademisk search elite, Meldine, Cinahl, og Sykepleien.no. For å snevre ned antall treff, søkte jeg etter artikler fra 2010-2020 for å få opp den nyeste forskningen. Grunnen til at jeg har valgt å bruke engelske og norske søkeord, er for å få bredde i søkene mine. Sykepleien.no har jeg brukt for å finne artikler på norsk. Viser til vedlegg for å se oversikt over søkene mine. Selv om jeg søkte etter artikler i flere databaser, fant jeg at Akademisk search elite var den jeg likte best å bruke og fikk dermed også flest artikler derfra.

Søkeord

Engelske søkeord jeg brukte i Akademisk search elite: *Palliative care at home*, *Dying at home AND dignity AND Elderly*, *Home care AND Dying AND Dignity*, *Patient preferences AND palliative care*, *Patient preferences AND review*. Her kombinerte jeg to søk «patient preferences and palliative care» Med «Patient preferences and review».

Norske søkeord jeg bruke var: *Palliasjon, Hjemme død og Verdighet* her valgte jeg å bare benytte treff på palliasjon, da dette traff problemstillingen min bedre.

3.2. Kildekritikk

Kildekritikk vil si å vurdere og karakterisere den litteraturen du har funnet. Hensikten med kildekritikk er at leseren skal forstå hvilke refleksjoner du har gjort deg om hvilken relevans litteraturen har når det gjelder å belyse problemstillingen (Dalland s. 158).

Jeg har brukt Akademic Search Elite, Chinal, Sykepleien.no da disse ble anbefalt gjennom høyskolen. Videre ar jeg brukt helsedirektoratets sjekklister for kritisk vurdering av kvalitative og kvantitative forskningslitteratur, for å kvalitetssikre artiklene som er brukt i oppgaven. Dette er blitt gjort for å sikre at artiklene er relevante og troverdige for problemstillingen. Med sjekklisten har det blitt vurdert om artiklene har en klart formulert problemstilling og om metoden som er benyttet er hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen (Helsedirektoratet, 2017). Videre gikk jeg gjennom resultat og funn for å se om disse kunne besvare min problemstilling. Artiklene jeg har brukt er bygd opp etter IMRaD strukturen. IMRaD-strukturen er en oppbygging av forskningsartikler, forkortelsen står for Introduksjon- Metode – Resultat – And/og – Diskusjon (Dalland, 2019, s. 163).

Jeg har benyttet en norsk og tre engelske artikler, at hoveddelen av artiklene mine er på engelsk kan sees på som en svakhet, da det alltid er en risiko for mistolkning når man skal oversette fra et annet språk. Jeg har også valgt å søke etter artikler fra 2010 frem til 2020, for å få frem nyeste forskningen. Dette ser jeg på som positivt.

sekundærlitteratur

En utfordring ved bruk av fagstoff og pensum er at begge deler ofte er sekundærlitteratur, det betyr at teksten er gjennomgått og presentert av en annen enn den opprinnelige forfatteren. Det vil si at det opprinnelige perspektivet kan ha endret seg (Dalland, 2019, ss. 158-159). I tillegg kommer min egen tolkning av disse tekstene, noe som kan være en svakhet da det blir mange ledd med tolkning

Det vil alltid være en fordel å forsøke å lete opp primærlitteraturen, men dette har vært utfordrende. På grunn av Covid-19 og stengt skole og bibliotek, har det vært utfordrende å søke opp primærlitteratur i oppgaven min. Den vil derfor bestå av en del sekundærlitteratur.

4. Funn

Jeg har funnet fire forskningsartikler som jeg synes bidrar til å besvare problemstillingen min på en god måte. Videre i dette kapitlet presenterer hver artikkel for seg, og hvilken metode, hensikt, resultat og konklusjon den enkelte har.

4.1. Studie 1

District nurses' experiences of providing palliative care in the home av Midlöv, E.M & Lindberg, T. (2019). Målet med denne studien var å belyse hjemmesykepleiers opplevelser av å gi palliativ omsorg hjemme. Dette er en kvalitativ studie som har brukt semistrukturerte intervju på 12 hjemmesykepleiere. Hjemmesykepleierne ga uttrykk for at samarbeid var vesentlig for en velfungerende lindrende behandling, hvor det handlet om samarbeidet med pasienten og familien samt med andre yrkesgrupper.

Videre ble følelser en egen kategori i studien, hvor sykepleieren forteller at de blir personlig påvirket av å arbeide med palliativ behandling. De beskriver at det blir en tettere relasjon til pasient og pårørende, når de arbeider i hjemmene deres. Det kommer også frem at det er tidkrevende arbeid, sykepleieren ofte har andre arbeidsoppgaver i tillegg må prioritere den palliative pasienten. Dette medfører at andre arbeidsoppgaver må settes på vent. Studien konkludere med at samarbeid med andre er helt essensielt, å gi palliativ omsorg i hjemmet er både emosjonelt givende og krevende og arbeidet krever i tillegg tid og kompetanse. hjemmesykepleiere ønsket flere ressurser og organisatoriske endringer, for eksempel tilgang til leger og et palliativt hjemmesykepleieteam som bare jobber med disse pasientene. Dette vil være en fordel både for sykepleiere og pasientene.

4.2. Studie 2

Patients preferences in palliative care av Sandsdalen, T. Hov, R. Høyen, S. Rystedt, I. & Larsson, B.W (2015) Dette er en systematisk gjennomgang av blandede studier. Altså en review artikkel, hvor de inkluderte 13 kvalitative og 10 kvantitative studier som identifiserte deltakere med ulike sykdommer i ulike omgivelser. Hensikten med studien var å identifisere pasientens ønsker for lindrende behandling, hos pasienter i den palliative fasen av sin sykdom. Fire hoved tema med 12 under tema kom frem som representere pasientens ønsker **Å leve et meningsfullt liv: Å få være den jeg er, Være sammen med den jeg elsker, Gjøre de tingene jeg liker, Å ha håp for fremtiden. Respons hos helsepersonell: Å motta støtte for meg og familien, Å ha et godt forhold til helsepersonellet, Å delta i pleien. Respons i omsorgs miljøet: Å bli pleiet i et trygt, komfortabelt og avslappende miljø, Å være sammen med medpasienter og ha privatliv, Å få omsorgen/pleien som samsvarer med mine ønsker. Respons i organiseringen av omsorg: Å motta hjelpen når den trengs, Kontinuitet og koordinering pleien som blir gitt.** Gjennomgangen av de ulike studiene konkluderer med og argumenterer for respons og følsomhet for pasientens preferanser, særlig deres ønsker for hjelp til å leve et meningsfylt liv frem til døden. Temaene studien kom frem til kan gi nyttig veiledning for klinisk praksis, med et mål om å møte fremtidige behov og forbedring av kvaliteten i palliativ omsorgs tjenester.

4.3. Studie 3

Individuell plan i palliativ fase av Lunde, S.A (2017) Dette er en kvalitativ studie, data ble samlet inn i to fler stegs fokusgrupper med 12 voksne etterlatte. Fenomenologisk-hermeneutisk metode ble brukt for å undersøke erfaringene de hadde opplevd. Hensikten med studien var å undersøke hvordan individuell plan i palliativ fase bidrar til mestring hos pårørende. Informantene forteller om en krevende hverdag i kontinuerlig beredskap. Den individuelle planen opplevdes som en støtte for de pårørende. Innholdet og prosessen fikk fram ressurser og struktur, og det skapte mening og sammenheng. Planen bidro til at informantene opplevde håp, at de var en ressurs og inngikk i samarbeidet rundt pasienten. Studien konkluderer med at det å ha en individuell plan for palliativ omsorg kan bidra til mestring hos pårørende. Tidlig etablering av individuell plan, personsentrerte relasjoner og samhandling kan styrke brukermedvirkning og samarbeid med pårørende. Belastningen på de pårørende kan minskes gjennom å avklare viktige spørsmål om behandling og framtid. Ved å styrke mestring til de pårørende ligger tjenesten til rette for en bedre livsavslutning i palliativ fase.

4.4. Studie 4

Dignified end of life care in the patients` own homes av Karlsson, C. & Berggren, I. (2011) Målet med studien var å belyse sykepleierens egen opplevelse av faktorer som bidrar til en god avslutning på livet i pasientens eget hjem. Det ble benyttet en kvalitativ metode, hvor ti sykepleiere fra vest Sverige med erfaring fra palliative hjemme pleie ble intervjuet. Resultatet av denne studien viser at god omsorg for livets slutt forutsetter at målet for det omsorgsfulle personalet er å gi trygghet, autonomi og integritet for pasienten og pårørende for å skape den respekten som kreves for et så godt og verdig dødsfall som mulig. Studien kommer frem til flere faktorer som påvirker pasientens mulighet til å føle seg ivaretatt hjemme i livets siste fase. Et grunnleggende krav for at pasienten skulle føle seg trygg, var at han fikk beholde sin integritet og autonomi. Studien kom også frem til at når pasienten følte at sine grunnleggende behov ble respektert, ble deres verdighet bevart. Noe som sikrer en verdig død i hjemmet.

5. Drøfting

Drøfting betyr å belyse tema fra ulike sider (Dalland, 2019, s. 30)

5.1. Å forberede seg på døden

Døden er skremmende for mange, å snakke om døden før den er nær vil kanskje føles unaturlig, men samtaler om døden er viktig. Det kan bidra til å gjør at pasienten og pårørende kan reflektere rundt verdier knytt til livets slutt og forberede seg på den. på den måten kan døden fremstå mindre fremmed og skremmende (Helse og –omsorgsdepartementet, 2015, s.30). For pasienter med kort forventet leve tid, kan en slik samtale gjøre dem forberedt på det som kommer. Samtaler om døden kan gi dem muligheten for påvirkning av hvordan de siste dager og timer av livet skal være (Helse og –omsorgsdepartementet, 2015, s.30).

At eldre ønsker å snakke om sitt liv så langt, er noe de fleste sykepleiere kan kjenne seg igjen i. Omsorg i livets slutt fase handler om mer enn trygghet og kompetanse, vi må også evne å gi den eldre åndelig omsorg. Åndelig omsorg kan være krevende, noen pasienter er fornøyde med det livet de har levd og er forsonet med det som ikke ble slik de hadde tenkt. Samtidig møter man de eldre som ikke har forsonet seg med slik livet ble, da er dødsfrykt ofte resultatet fordi å dø helt klart tar bort muligheten til å oppnå det en ønsket seg av livet (Torbjørnsen,2016, s544) For dem som opplever døden som skremmende, kan det på den ene siden hjelpe med samtaler rundt døden. På den andre siden kan det være vanskelig for pasienten å snakke om, hvis han er redd for døden på grunn av uoppgjort ting i livet.

Jeg har selv møtt pasienter som forteller at de er «mette av dage», noen forteller om et langt og fint liv hvor de har opplevd det de ønsker og at de nå sitter igjen alene uten søsken og venner. Andre gir uttrykk for å være trøtte av situasjonen og funksjonsnedsettelsen som kommer med å bli eldre. På den andre siden er det mange som også gir uttrykk for å være redd for døden, og trenger å bli trygget på at døden ikke skal være skremmende. Man får ikke opplæring eller undervisning om hvordan man snakke om døden med de eldre, selv synes jeg er det et vanskelig tema og vet aldri helt hvordan det er rett å respondere. Men jeg hadde en veileder i en praksis som ga meg et råd, om å ikke alltid tenk på døden som noe trist og skremmende, noen ganger er det helt greit å være mette av dage og for enkelte kan det være en stor trøst å bli lyttet til og få bekreftelse på at livet så langt har vært fint.

5.2. Selvbestemmelse i palliativ fase

Sandsdalen, Høyen, Rystedt, & Larsson (2015) viser til funn i studien sin at pasienten hadde et ønske om å få den siste tiden, på en plass som de selv kunne bestemme. Mange ville bli hjemme så lenge det var mulig, og også kunne få dø hjemme. Mens andre ga uttrykk for at det var greit å få dø i institusjon når de kunne velge det selv (Sandsdalen, et.al. 2015, s.16.) et annet funn var at pasientene ønsket å ha tilgang på nødvendig hjelp når den trengtes, og ha oversikt over hvem de kunne kontakte.

«Verdighet er å ha frihet til å ta avgjørelser og treffe valg som berører eget liv- og oppleve at denne rettigheten blir møtt med respekt» (Sykepleien, 2011). Et av de viktigste prinsippene ved omsorg i livets siste fase er respekt for pasientens autonomi og integritet (Karlsson & Berggren, 2011, S.10) Det er avgjørende at sykepleier og pasient har en god relasjon, for at sykepleieren skal klare å ivareta pasientens autonomi. Dette er spesielt viktig for de pasientene som er i den sårbare posisjonen, det er å være døende. Pasienten er avhengig av at sykepleieren og andre hjelpere kjenner dem som person og kan hjelpe dem å ivareta deres behov og interesser når de ikke selv klarer det (Kirkevold,2016, s.103).

Av egen erfaring har jeg sett at når man kjenner pasienten godt og har gjensidig respekt for hverandre, kan man enklere ivareta pasienten ønsker og behov. På en annen side handler det ikke bare om et godt forhold til pasienten, det handler også om sykepleierens personlighet og erfaring. Man har personlige egenskaper som gjør at man ser og forstår pasientene utover det som listene sier de trenger hjelp til, jeg opplever at det er enkle ting som skal til for at pasientens autonomi bevares. For eksempel at pasienten får velge hva han skal ha på seg selv om de er i livets siste fase.

Å ikke få muligheten til å avvise eller bestemme selv hvor man skal dø, er et brudd på personens autonomi. I introduksjonen skriver jeg at sykepleieren har en viktig rolle sammen med pårørende for at pasienten skal kunne dø hjemme, dette bekrefter Karlsson og Berggren (2011) i sin studie hvor det kommer frem at sykepleier har en viktig rolle for at det skal bli vellykket for pasienten å dø hjemme. Karlsson og Berggren (2011) påpeker også at sykepleiere og leger må samarbeide med pasienten og familien, ved å bruke sin kunnskap, vilje og engasjement. Et av de viktigste prinsippene studien kommer frem til er omsorg og respekt for pasientens autonomi og integritet. En annen viktig faktor var sykepleierens holdninger og handling for å oppnå et godt resultat til livets slutt for den døende pasienten (Karlsson & Berggren, 2011, s.382).

Verdighet er grunnleggende i all omsorg, og kanskje enda mer i omsorg for en døende pasient og familien deres. For å kunne skape verdighet må sykepleier sørge for trygghet, autonomi og integritet for pasienten og familien. Ved å la pasient og familie få være med i avgjørelser og bestemme selv hvordan ting skal gjøres, bidrar det til å bevare deres autonomi. På den måten er det mulig å skape den gjensidige respekten som kreves for en så god og verdig død som mulig (Karlsson & Berggren, 2011, s.10).

5.3. Trygghet er avgjørende i livet siste fase

Pårørende kan betyr mye når pasienten blir rammet av alvorlig sykdom. Som helsepersonell må vi i større grad se de pårørende, vi må vise i handling at vi påtar oss ansvar og god oppfølging av pasienten. Det er også viktig at vi som helsepersonell anerkjenner og bekrefter pårørendes betydning som omsorgspersoner (Fjørtoft, 2016, s. 112), det er tross alt helt avgjørende at pasienten har pårørende for å i det hele tatt kunne gjennomføre å dø hjemme.

I studien til Lunde (Lunde S. , 2017) som tar utgangspunkt i pårørendes erfaringer med å være pårørende til en palliativ pasient. Kommer det frem at flere av deltakerne i studien fant det støttende å ha en formell, individualisert plan, hvor både koordinator, kontaktperson og terapeut var skrevet opp (Lunde S. , 2017, s. 5). Dette støtter Fjørtoft (2016) som sier at lindre omsorg hjemme er et tverrfagligprosjekt. Hun sier at pårørende må kunne være trygge på at de får den hjelpen de trenger, og at hjelpen må være lett tilgjengelig (Fjørtoft, 2016, s. 82). Lunde skriver også at det ga de pårørende en følelse av trygghet å ha en individuell plan. Da planen gjorde at de følte seg inkludert i planlegging og var da mer forberedt på det som kunne skje. Videre ga planen de pårørende mer informasjon og følelsen av at helsevesenet samarbeidet, noe som videre ga en trygghet (Lunde S. , 2017). I NOU 2017:16 kommer det tydelig frem at tverrfaglig arbeid og samarbeider med palliativ team vil øke kompetansen. En tverrfaglig tilnærming er sentral i en palliativ fase (NOU 2017:16, 2017, s.10)

Trygghet, tillit og tid er de tre ordene som gjentar seg når jeg snakker med kollegaer om en palliativ fase hjemme. En erfaren sykepleier som jobbet mange år i hjemmesykepleien, sa til meg at «føler ikke pasienten, de pårørende eller sykepleieren seg trygg i situasjonen er det nærmest umulig å gjennomføre en palliativ fase hjemme på en god måte». Trygghet er med andre ord et viktig moment for å gi pasienten og de pårørende en verdig avslutning. Dette bekrefter Fjørtoft (2016) som skriver at trygghet er et brobyggende element i samhandlingen mellom sykepleier og pasienten (Fjørtoft, 2016, s. 122). Tryggheten sykepleieren viser gir mulighet til å bygge videre på en god relasjon til pasient og pårørende, som Travelbee sier man må kunne se forbi sin rolle som sykepleier for å hjelpe, og for å kunne skape et menneske til menneske forhold (Travelbee, 2001 s.44-45).

Pasienter i livets siste fase trenger relasjonstrygghet, dette kan sykepleier bidra til å skape ved å bruke Travelbee sin teori om mellom menneskelige forhold. Dette bekreftes også av Fjørtoft (2016) som sier at det handler om åpenhet, gjensidighet, forståelse, aksept, evne til å nå hverandre og mellommenneskelig varme (Fjørtoft, 2016, s. 123). Sykepleier må evne å bruke seg selv i møte med pasientene, sykepleieren må våge å møte pasientens følelser både de gode og de smertefulle (Fjørtoft, 2016, s. 123).

Tid er et gjentagende tema i hjemmesykepleien, vi går inn med et tidsbudsjett som sjeldent har plass til den «gode samtalen» eller samtaler om døden i dette tilfellet. Noen plasser har man god tid, andre har man så dårlig tid at man ser pasienten i dørkarmen. Min opplevelse er at det alltid settes inn ekstra personale hvis en pasient blir akutt dårlig og trenger ekstra tilsyn, eller hvis en pasient er døende. Jeg har erfart at man omrokker der man kan for å kunne sette fast personale på dem som trenger det mest i en sårbar situasjon. Pasienten skal ikke dø alene, det står nedfelt i yrkesetiske retningslinjer. Som sykepleier er det et stort ansvar å ha over seg, min erfaring er at det blir gjort det man kan for at ingen skal dø alene. På en annen side kan det også bli konsekvenser for andre pasienter som er «friske» og får hjelp av hjemmesykepleier, fordi større ressurser settes på dem som er dårligst. Det gjør at det kanskje blir enda dårligere tid hos resten av pasientgruppen.

5.4. Erfaring og kompetanse.

Døden er en del av livet, åpenhet om døden i helsetjenesten og i samfunnet er viktig for å skape aksept for at døden er like naturlig som å bli født. Enkelte har allerede denne tankegangen, mens andre synes døden er skremmende og vanskelig. Pasienten bør bli møtt av sykepleiere som vet hvordan man skal hjelpe dem til å akseptere og føle seg trygge på døden.

Sykepleierne bør være trygg nok på sin kompetanse til å vite hva en kan bidra med, også når det gjelder å snakke om døden. Man må vite når man skal kontakte andre fagfolk som er bedre på dette område enn oss selv, et tverrfaglig samarbeid med palliativt team og lege er viktig for kvaliteten på omsorgen som blir gitt. Ved å jobbe tverrfaglig med andre yrkesgrupper har jeg lært mye, å jobbe tverrfaglig med et palliativt team kan bidra til læring og høyere kompetansen hos sykepleierne i hjemmetjenesten. Dette bekreftes gjennom studiet til Midlöv & Lindberg (2019) hvor sykepleiere som deltok i studiet forteller at samarbeid med et palliativt team bidrar til trygghet både for sykepleierne selv, men også for pasientene og deres familie (Midlöv & Lindberg, 2019, s.4).

Alle pasienter i livets siste fase bør bli møtt med spørsmål som «hva er viktig for deg» dette spørsmålet er like viktig da, som ellers i livet. Sykepleieren trenger å lære om å snakke om døden, og selv føle på at det er like naturlig å snakke om livets siste fase som andre ting. Alle skal ivaretas på en helhetlig måte, for å få best mulig livskvalitet og økt grad av valgfrihet i livets siste fase. Tjenestene skal innrettes slik at flest mulig som ønsker det skal få dø hjemme (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019, s.9). Men for at hjemmesykepleien skal kunne gi alle som ønsker å dø hjemme, en verdig død trengs det større kompetanse innen palliativ behandling. I hjemmesykepleien jobber man selvstendig og man er ofte alene hos pasientene. Ofte er det sykepleieren som må vurdere hvilken hjelp pasienten trenger eller om det er nødvendig å koble inn andre faggrupper (Fjørtoft, 2016, s. 220). Pasientene som skal motta lindrende behandling i slutt fasen av livet, trenger å bli hørt, forstått, inkludert og respekter, på den måten kan den enkelte pasient oppleve det som en verdig avslutning (Helse og- omsorgsdepartementet, 2019, s.7).

Sykepleierne som deltok i studien til Midlöv og Lindberg (2017) erfarte at de var avhengig av godt samarbeid med andre for å kunne gi god palliativ pleie i hjemmet. Midlov og Lindberg (2017) kommer frem til to underkategorier om familiesamarbeid og teamsamarbeid, Midlov og Lindberg (2017) skriver at familie forholdene i hjemmet er veldig viktig og at samarbeide med både pårørende og pasienten må fungere godt. Deltakerne i studien kommer også frem til at godt samarbeid ofte skjer i hjemmet, og at det ofte blir et rolig og trygt miljø for pasient og pårørende. Sykepleieren fant at jo lenger de hadde kjent pasienten og familien, jo bedre ble samarbeidet med dem (Midlov & Lindberg, 2017, s.4). Dette samsvarer med det som står under §3 i kvalitetsforskriftene for pleie- og omsorgstjenesten, hvor det står skrevet at pasienter skal ha tilfredsstilt sine grunnleggende behov som «en verdig livsavslutning i trygge og rolige omgivelser» (Kvalitetsforskrift for pleie og omsorgstjenesten, 2003, §3).

Det er behov for å styrke kompetansen om lindrende behandling og omsorg i alle deler av helse og omsorgstjenesten. Kompetansen deles ikke nok, og samarbeidet på tvers av profesjonen er ofte mangelfullt. Ansatte må sikres nødvendig kompetanse for å kunne gi god behandling til pasienter i eget hjem. Manglende kompetanse kan medføre at smerter forblir ubehandlet, eller at menneskene ikke blir ivaretatt på en helhetlig måte. I møte med alvorlig sykdom og død står ansatte ovenfor vanskelige etiske dilemma som krever etisk bevissthet og god dømmekraft. Det er behov for å legge til rette for etisk refleksjon i det daglige arbeidet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019, s.26). Sykepleier har yrkes etiske retningslinjer en må forholde seg til, og der kommer det frem at sykepleiers grunnleggende plikt er å lindre lidelse og sikre en verdig død (Brinchmann, 2017, s.100-101).

6. Konklusjon

Arbeidet med bacheloroppgaven har vist at en verdig og trygg død er avhengig av at pasientens nærmeste pårørende ønsker å involvere seg i livets siste fase for pasienten. Det krever at sykepleier og annet helsepersonell har nødvendig kompetanse samt at samarbeidet mellom lege og hjemmesykepleien er godt. Videre viser oppgaven at verdighet i livets siste fase kan ivaretas ved at pasienten får beholde sin autonomi og integritet. Å lage en individuell plan i samarbeid med pasienten og pårørende tidlig i prosessen har også vist seg å kunne bidra til å skape trygghet, og bidra til bygge tillit og gode relasjoner mellom pårørende, pasient og helsepersonell.

Sykepleier bør tidlig gå inn å bli kjent med pasienten og pårørende og snakke om døden. Det er viktig at de får muligheten til å forberede seg på at døden er nær, det bør gis mulighet for at pasienten og pårørende kan stille spørsmål og få god informasjon. Dette er også med på å skape tillit og trygghet til helsepersonellet.

Pasienten har ofte åndelige og eksistensielle behov i livets siste fase, for at sykepleieren skal kunne se dette omsorgsbehovet er det helt nødvendig at det blir etablert et menneske – til menneske – forhold. Sykepleieren må bruke seg selv og sine personlige egenskaper for å få en terapeutisk tilnærming til pasienten. Dette er viktig også i forhold til pårørende, en må bli kjent med personene bak sorgen og sykdommen for å kunne bygge et likeverdig forhold.

For at pasienten, pårørende og sykepleier skal føle seg trygge i situasjonen, trenger sykepleier grunnleggende kunnskaper om den palliative fasen. Det viser seg også at det er krevende for sykepleier å være i livets siste fase sammen med pasient og pårørende. Et samarbeid med et palliativt team kan øke kompetansen og gi hjemmesykepleien en mulighet til læring og erfaring, som videre vil gjøre dem mer kompetent og trygg til å bidra til en verdig og trygg død hjemme.

Referanser

- Birkeland, A. D., & Flovik, A. (2018). Pårørende og pasient rettigheter. Birkeland, A.D. & Flovik, A. *Sykepleie i hjemmet*. (s.80). Oslo: Cappelen Damm.
- Birkeland, A. D., & Flovik, A. (2018). Den siste tiden. Birkeland, A.D. & Flovik, A. *Sykepleie i hjemmet*. (s.186-194). Oslo: Cappelen Damm.
- Brinchmann, B. S. (2017). *Etikk i sykepleien*. Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Dalland, O. (2019). *Metode og oppgaveskriving* . Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Folkehelseinstituttet. (2019, 24. januar). De fleste dør på sykehjem, få dør hjemme Hentet fra: <https://www.fhi.no/nyheter/2018/de-fleste-dor-pa-sykehjem/>
- Fjørtoft, A.-K. (2016). *Hjemmesykepleie, Ansvar, utfordringer og muligheter (3.utg.)*. Bergen: Farbokforlaget.b
- Helse- og omsorgsdepartementet (2015- 2020). *Omsorg 2020: regjeringens plan for omsorgsfeltet 2015-2020* (I-1162 B). Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/omsorg-2020/id2410456/>
- Helsedirektoratet. (2018, 18. September). Lindrende behandling I livets slutfase: Nasjonal faglig råd. Hentet fra: <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/lindrende-behandling-i-livets-slutfase>
- Helse- og omsorgsdepartementet (2015-2020). *Omsorg 2020: Regjeringens plan for omsorgsfeltet 2015-2020* (I-1162 B). Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/omsorg-2020/id2410456/>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2019). *Lindrende behandling og omsorg- vi skal alle dø en dag, men alle andre dager skal vi leve*. (Meld. St.24 (2019-2020)). Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-24-20192020/id2700942/>
- Karlsson, K. & Berggren, I. (2011) Dignified end-of-life care in the patient's home. *Nursing ethics*, s.1-12. DOI: 10.1177/0969733011398100

- Kirkevold, M. (2016). Den gamles integritet. Kirkevold, M. & Brodtkorb, K. & Ranhoff, H, A. (Red.), Geriatrisk sykepleie God omsorg til den gamle pasienten (s.103). Oslo: Gyldendal akademiske.
- Kvalitetsforskrift for pleie -og omsorgstjenestene (2003). Forskrift om kvalitet i pleie – og omsorgstjenestene for tjenesteytere (FOR-2003-06-27-792) Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2003-06-27-792>
- Lov om pasient og brukerrettigheter. (1999). Hentet fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63/KAPITTEL_1#%C2%A71-3
- Lunde, S. A. (2019, 12 23). Individuell plan i palliativ fase – ei hjelp til meistring for pårørende. *Sykepleien.no*, ss. 1-13.
- Midlöv, E.M & Lindberg, T. (2019). District nurses' experiences of providing palliative care in the home. *Nordic journal of nursing research*, 2020 vol 40, s.1-10. DOI: 10.1177/2057158519857002
- Norsk sykepleier forbund. (2019, U.Å). Yrkesetiske retningslinjer. Hentet fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere>
- NOU 2017:16. (2017). *På liv og død- palliasjon til alvorlig syke og dødene* . Hentet fra Regjeringen.no: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2017-16/id2582548/?ch=6>
- Oslomet. Verdighet og etikk. Hentet 14.juni 2020 fra: <https://www.oslomet.no/forskning/forskningsgrupper/verdighet-etikk>
- Pasient og brukerrettighetsloven (1999). Lov om pasient og brukerrettigheter (LOV- 1999- 07 -02 -63) Hentet fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63/KAPITTEL_1#%C2%A71-3
- Romøren, T, I. (2016). Eldre, helse og hjelpebehov. Kirkevold, M. & Brodtkorb, K. & Ranhoff, H, A. (Red.), Geriatrisk sykepleie God omsorg til den gamle pasienten (s.31-32). Oslo: Gyldendal akademiske.
- Sandsdalen, T. Hov, R. Høyen, S. Ryseth, I. & Larsson, B.W. (2015) Patients preferences in palliative care. *Palliative medicine*, s.1-21. DOI: 10.1177/0269216314557882

Slettebø, Å. (2016). Juridiske rammer og etiske utfordringer. Kirkevold, M. & Ranhoff, H, A. (Red).
Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten (s.217). Oslo: Gyldendal akademiske.

Sykepleien. (2011, 21.februar). Ja til verdighet. Hentet fra:
<https://sykepleien.no/etikk/2011/02/ja-til-verdighet>

Torbjørnsen, T. (2016). Ritualer og åndelig omsorg. Kirkevold, M. & Brodtkorb, K. & Ranhoff, H, A. (Red.), Geriatrisk sykepleie God omsorg til den gamle pasienten (s.523-544). Oslo: Gyldendal akademiske.

Travelbee, J. (2001). Mellommenneskelige forhold i sykepleie. Oslo: Gyldendal Akademiske.

WHO. (2020). *World Health Organization*. Hentet fra WHO:
<https://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>

7.1. Vedlegg

Dato	Databaser	Søkeord	Antall treff	Lest abstract	resultat	DOI
21.03.20	Sykeplein.no	Palliasjon	22	1	Benyttet 1 artikkel	10.4220/Sykepleienf.2017.63670
15.04.20	Academic search elite, medline, cinahl	Palliative care at home	6338	2	Benyttet 1 artikkel nr 6 distrikt	DOI: 10.1177/2057158519857002
05.05.20	Academisk search elite	Dying at home AND dignity AND Elderly	6		Artikkel nr 3 etikk	https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1177/0969733019849464
05.05.20	Academisk search elite	Home care And Dying And dignity	84		Artikkel 14 verdighet	https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1177/0969733011398100
14.05.20	Academisk search elite	Patianet preferases AND Review AND Patient preferences AND Palliative care	73	1	Artikkel 3 Patient preferances	DOI: 10.1177/0269216314557882

7.2. Vedlegg

Edmonton Symptom Assessment System (revidert versjon) (ESAS-r)

Vennligst sett ring rundt det tallet som best beskriver hvordan du har det NA:

Ingen smerte	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Verst tenkelig smerte
<hr/>		
Ingen slapphet <i>(slapphet = mangel på krefter)</i>	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Verst tenkelig slapphet
<hr/>		
Ingen døsigheit <i>(døsigheit = å føle seg søvnlig)</i>	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Verst tenkelig døsigheit
<hr/>		
Ingen kvalme	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Verst tenkelig kvalme
<hr/>		
Ikke nedsatt matlyst	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Verst tenkelig nedsatt matlyst
<hr/>		
Ingen tung pust	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Verst tenkelig tung pust
<hr/>		
Ingen depresjon <i>(depresjon = å føle seg nedstemt)</i>	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Verst tenkelig depresjon
<hr/>		
Ingen angst <i>(angst = å føle seg urolig)</i>	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Verst tenkelig angst
<hr/>		
Best tenkelig velvære <i>(velvære = hvordan du har det, alt tatt i betraktning)</i>	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Verst tenkelig velvære
<hr/>		
Ingen _____ Annet problem (f.eks. forstoppelse)	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Verst tenkelig _____

Pasientens navn: _____

Dato: _____

Tidspunkt: _____

Fylt ut av (sett ett kryss):

- Pasient
- Pårørende
- Helsepersonell
- Pasient med hjelp fra pårørende eller helsepersonell



Høgskulen på Vestlandet

Bacheloroppgave i sykepleie

SK152

Predefinert informasjon

Startdato:	14-06-2020 09:00	Termin:	2020 VÅR
Sluttdato:	15-06-2020 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Bacheloroppgave i sjukepleie		
SIS-kode:	203 SK152 1 O 2020 VÅR		
Intern sensor:	Terese Bjordal		

Deltaker

Navn:	Grethe Haukaas Sandvik
Kandidatnr.:	306
HVL-id:	573490@hvl.no

Informasjon fra deltaker

Sideantall *:	28		
Antall ord *:	6554		
Sett hake dersom besvarelsen kan brukes som eksempel i undervisning?:	Nei	Egenerklæring *:	Ja
Jeg bekrefter at jeg har registrert oppgavetittelen på norsk og engelsk i StudentWeb og vet at denne vil stå på utnemålet mitt *:	Ja	Jeg bekrefter innlevering til biblioteket *:	Ja

Jeg godkjenner autalen om publisering av bacheloroppgaven min *

Ja

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

Nei