



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

EKSAMENSINNLEVERING

Emnekode: SYKSB3001

Emnenavn: Sykepleie, forskning og fagutvikling

Vurderingsform: Prosjektoppgave

Kandidatnummer: 126

Leveringsfrist: 20.02.2015 kl. 14.00

Ordinær eksamen eller kontinuasjon: Ordinær

Antall ord: 8970

Verdighet og palliativ pleie for døende på sykehjem



(Illustrasjonsfoto: Imagequest)

”Et stykke liv skal fullføres” (Aakre, s.50, 2015)

Bacheloroppgave i sykepleie Høgskolen Stord/Haugesund: avdeling Stord, 2015, Kull 2012

Antall ord: 8970

Sammendrag

Tittel: Verdighet og palliativ pleie for døende på sykehjem

Bakgrunn for valg av tema: I Norge dør 48 % av de eldre på sykehjem. Sykepleiere har et stort ansvar for å kunne gi best mulig palliativ pleie til denne gruppen pasienter.

Problemstilling: ”Hvordan kan sykepleier bidra til opplevelse av verdighet i palliativ pleie for eldre pasienter på sykehjem?”

Hensikt: Hensikten med denne oppgaven er og kaste lys over problemstillingen ovenfor, samt at oppgaven skal bidra til økt kunnskap og innsikt for studenter, sykepleiere, ansatte på sykehjem og pårørende.

Metode: Systematisk litteraturstudie, der forskningsartikler og teori har blitt kritisk analysert, vurdert og til sammen skal gi et best mulig svar på temaet og problemstillingen.

Resultat: Palliativ pleie til eldre pasienter på sykehjem er en vanskelig oppgave, der sykepleiere støter på mange, både etiske og praktiske dilemmaer. Likevel er sykepleierne motiverte og engasjerte, men mangler ressurser for å yte pleie som bidrar til verdighet, både i hverdagslige situasjoner og i palliativ pleie. Dette er noe som kan gå ut over den eldre pasienten.

Nøkkelord: verdighet, palliativ pleie, sykehjem, omsorg ved livets slutt

Abstract

Title: Dignity and palliative care for the dying in nursing homes

Background: In Norway 48 % of the older population dies in nursing homes. Nurses have a big responsibility in making sure the patients receive a palliative care that is as good as possible.

Question: “How can a nurse contribute to an experience of dignity in palliative care for older nursing home patients?”

Aim and objectives: The aim of this study is to shine a light on the question above, as well as provide more knowledge and insight for students, nurses, nursing home staff and the next of kin.

Methods: Systematic review, where previous studies and literature has been critically analyzed, assessed and in all will provide information to give the best possible knowledge and conclusion to the main theme and question of this study.

Results: Palliative care to older people in nursing homes is a difficult task, where the nurses are challenged by both ethical and practical dilemmas. Still the nurses are motivated and committed, but lack the resources to carry out care that contributes dignity both in everyday situations and in palliative care. This can affect the older patients.

Key words: dignity, palliative care, nursing home, end of life care

Innholdsfortegnelse

1.0	Innledning.....	8
1.1	Bakgrunn for valg av tema.....	8
1.2	Problemstilling	9
1.3	Avgrensning og presisering av problemstilling	9
1.4	Begrepsavklaring.....	10
2.0	Teori.....	11
2.1	Katie Eriksson	11
2.2	Katie Eriksson om verdighet.....	12
2.3	Katie Eriksson: Krenking av pasientens verdighet	12
2.4	Palliativ pleie/ Palliative care.....	13
2.5	Verdighet: et begrep med mange dimensjoner	14
2.6	Forskrift om en verdig eldreomsorg.....	15
2.7	Sykepleie til døende pasienter.....	16
2.8	Sykepleiefaglige utfordringer på sykehjem	17
2.9	Sykepleierens væremåte i møtet med døende pasienter	17
3.0	Metode	19
3.1	Presentasjon av litteraturstudie som metode.....	19
3.1	Praktisk fremgangsmåte og artikkelsøk.....	20
3.2	Metodekritikk.....	22
3.2.1	Forskningsetikk	22
3.2.2	Kildekritikk	22
4.0	Resultat.....	24
4.1	Sammendrag av artikler	24
4.1.1	Artikkel 1	24
4.1.2	Artikkel 2	25
4.1.3	Artikkel 3	25
4.1.4	Artikkel 4	26

4.1.5	Artikkel 5	27
5.0	Drøftning	28
5.1	Opplevelsen av verdighet for pasient, sykepleier, pårørende	28
5.2	Når verdigheten blir krenket eller truet	30
5.3	Grunnleggende behov i palliativ pleie	32
5.4	Idealet og realiteten: Et dilemma	34
5.5	Den verdige døden.....	35
6.0	Avslutning	36
	Referanser:.....	38
	VEDLEGG 1 – Oversiktstabell over forskningsartikler	42
	VEDLEGG 2 - Sjekklistor for kritisk vurdering av kvalitative forskningsartikler	45

1.0 Innledning

I Norge dør 48 % på sykehjem, og det øker stadig. For 100 år siden døde så godt som alle hjemme. Døden var privat og alle familier hadde erfaring med den. I vår tid er den som oftest bortgjemt på institusjon. Noen ganger oppfører vi fagpersonalet, oss som den aldri skulle finne sted. Nå er det fagpersonalet som har kunnskapen, erfaringen, makten og regien. Vi kjenner tidsperspektiv og prognose. Fremfor alt vet vi mye om hvordan åpenhet, forberedelse og lindrende behandling kan sikre at pasientens siste levetid blir preget av verdighet, god symptomlindring og trygghet (Husebø & Husebø, 2015, s. 25).

Når noe nytt og spennende står på agendaen og er under forskning og utvikling blir det satt i fokus og man ser hele tiden etter muligheter for forbedringer. Når det kommer så langt at tiltakene og retningslinjene har blitt vedtatt, alt har blitt utprøvd og regulert, kan det fort skje at måten det utføres på går på ren rutine. Drivkraften og potensialet om forbedringer har blitt dysset vekk. Under utvikling får saker en spesiell oppmerksomhet, og når utviklingen stagnerer og fokuset rettes mot andre ting mister saken sin spesielle oppmerksomhet. Når nærmere halvparten av Norges eldre trekker sine siste pust på sykehjem, kan det bli vanskelig å beholde døden som en spesiell ting som får spesiell oppmerksomhet.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Jeg har både gjennom mine praksiserfaringer og jobb som assistent ved siden av fulltidsstudiet hatt mesteparten av min kliniske praksis på sykehjem. Arbeid med geriatri har etter hvert utviklet seg til et område jeg interesserer meg for, da særlig de etiske sidene knyttet til arbeid med eldre mennesker. Det er i den allmenne underbevissthet kjent både for pleiere, pasienter og pårørende at sykehjem er siste endestasjon i livet. Derfor er det ekstra viktig at ikke minst sykepleiere, men også andre pleiere kan gjøre denne siste delen av livet så god og verdig som mulig, og når tiden kommer sørge for palliativ pleie som bidrar til en verdig død. Det handler om verdighet i de siste timer og minutter i livet, og det er nettopp dette oppgaven vil ta nærmere for seg.

Den palliative fasen involverer ikke bare sykepleier og pasient, men også de pårørende. De er en viktig del av den palliative fasen av en pasients liv. Uansett om pasienten har samtykkekompetanse eller ikke vil de pårørende alltid ha meninger rundt hvordan pleien skal foregå og hva som blir gjort. Det har derfor vært en sentral del av denne oppgaven, at også de pårørendes syn kommer tydelig frem. De pårørendes opplevelse er en viktig kilde til informasjon, på lik linje med pasientens, sykepleierens og andre pleiere.

1.2 Problemstilling

”Hvordan kan sykepleier bidra til opplevelse av verdighet i den palliative pleien hos eldre pasienter på sykehjem?”

1.3 Avgrensning og presisering av problemstilling

Oppgaven tar utgangspunkt i eldre pasienter på sykehjem som er i palliativ fase av livet. Den palliative fasen er ikke avgrenset til noen spesifikk tidsramme. Dette på grunnlag av at denne fasen kan variere og strekke seg over timer, dager, uker eller måneder. Det er heller ikke lagt fokus på en spesiell aldersgruppe, ettersom de ulike tilstandene og diagnosene til pasienter på sykehjem også kan gi store individuelle forskjeller, på tross av alder. Håpet er at oppgaven skal gi større kunnskaper om hva som oppleves som verdighet i den palliative fasen, samt hva den palliative pleien innebærer. For å belyse dette, vil oppgaven trekke inn både pleieres, pårørendes og pasienters opplevelse og erfaringer rundt verdighet ved livets slutt på sykehjem.

1.4 Begrepsavklaring

Palliative pleie:

”Palliativ pleie blir av verden helseorganisasjoner beskrevet som følger: Palliativ pleie er en tilnærming som skal tilrettelegge for livskvalitet for både pasienter og deres familier som er rammet av livstruende sykdom. Palliativ pleie skal forebygge og redusere lidelse ved å tidlig identifisere, vurdere og behandle smerte og andre plager, både psykiske, psykososiale og åndelige. Den palliative pleien tar utgangspunkt i å se døden som er naturlig prosess i livet, og har som mål å verken fremskynde eller forsinke døden” (WHO, 2015)

Verdighet:

Hvis man tar utgangspunkt i et omsorgsvitenskapelig perspektiv innebærer verdighet at alle mennesker har en iboende, absolutt verdighet som alltid finnes og ikke kan krenkes. Denne verdigheten er noe grunnleggende som mennesket er gitt, nettopp fordi man er menneske (Edlund, 2012, s.364). I følge Katie Eriksson kan også verdighet deles inn i en indre og ytre dimensjon. Til den indre tilhører troverdighet, æresfølelse og sedelighet. Til den ytre dimensjonen er det mer fokus på blant annet menneskets rang, stilling, embete, utseende og holdning (Eriksson, 1995).

Sykehjem:

Orvik (2004) beskriver sykehjemmet som en institusjon som tilbyr heldøgns helsetjenester (sitert i Hauge, 2008, 219). Sykehjemmet har som overordnede målsetninger å tilby kvalitativ god pleie og omsorg, som skal være individuelt tilpasset. Videre skal det sørge for et riktig medisinsk behandlingstilbud og et godt sted å bo for mennesker som har sykehjemmet som sitt hjem (sitert i Hauge, 2008, 219).

2.0 Teori

Denne delen av oppgaven vil ta for seg pensumlitteratur fra alle 3 årene på bachelorstudiet i sykepleie, sykepleieteoretisk perspektiv og annen relevant litteratur som kan bidra til å kaste lys over problemstillingen og temaet i denne oppgaven. Sykepleieteoretikeren Katie Eriksson har blitt valgt ettersom hennes relevante innspill om begrepet verdighet er av betydning for problemstillingen.

2.1 Katie Eriksson

Katie Eriksson er en av pionerene innenfor omsorgsvitenskap. Eriksson ble født den 18. november 1943 i Jakobstad, Finland. I 1965 ble hun kandidat på den svenske sykepleieskolen i Helsinki. Til tross for hennes videreutdanninger og akademiske studier, har hennes hovedinnsats i midlertidig vært innenfor undervisning og forskning. Eriksson er en av få omsorgsforskere i de nordiske landene som har utviklet en omsorgsteori, og hun har vært en viktig forkjemper for grunnforskning innen omsorgsvitenskap (Lindström, Lindholm & Zetterlund, 2011, s.207-211).

Ut over sitt arbeid med undervisning, forskning og veiledning er Eriksson også leder av instituttet for omsorgsvitenskap. En av hennes hovedoppgaver har bestått i å sørge for samarbeid og kontakt mellom nordiske og internasjonale kontakter innen omsorgsvitenskap. Eriksson er forfatter til en omfattende samling lærebøker, vitenskaplige rapporter, artikler i fagtidsskrifter og papers. Hun har nå mer enn 400 titler bak seg. Dette er noe av grunnlaget som har gjort henne til en av våre mest anerkjente og ettertraktede sykepleieteoretikere (Lindström, Lindholm & Zetterlund, 2011, s.207-211).

2.2 Katie Eriksson om verdighet

I følge Eriksson (1995,s.70) har begrepet verdighet flere dimensjoner. Ordrett kan verdighet føres tilbake til latin ”dignitus” og ”dignus”, som betyr likeverdighet og troverdighet. Verdighet forbindes ofte med ordet verdi. Verdighet innebærer å ha verdi, men verdighet og verdi er likevel ikke synonyme begreper. Begrepet verdighet har ifølge Eriksson både en indre og en ytre dimensjon. Til den indre dimensjonen hører troverdighet, æresfølelse og sedelighet. Til den ytre henføres karakteristika som ære, rang, stilling, embete, verdig holdning, utseende og anseelse. Likevel har alle mennesker i dypeste forstand samme verdi og verdighet. På tross av dette har alle mennesker likevel sin egen oppfatning av sin egen verdighet som kan variere fra person til person. Så vel den ytre som den indre dimensjonen utgjør menneskets verdighet.

Mennesker tilskrives av forskjellige grunner ulik verdi, og mennesker opplever sin egen verdi forskjellig. Pasienter kan også oppleve seg selv som verdiløs på grunn av skam og skyld. Pleiere ser på forskjellige pasienter på forskjellig måte og tilskriver dem ulik verdi. Å oppleve at man har en egenverdi, også som pasient, er av grunnleggende betydning for helseprosessene. Eriksson er tydelig på at alle former for krenking av pasientens verdighet innebærer en lidelse. Pleierens oppgave er å gå pasienten mulighet for å oppleve sin fulle verdighet og å forhindre alle former for krenkelse (Eriksson, 1995, s. 71).

2.3 Katie Eriksson: Krenking av pasientens verdighet

Krenking av pasientens verdighet og menneskeverd utgjør den vanligste forekommende formen for pleielidelse, altså lidelse pasienten blir påført gjennom pleien som blir gitt. Å krenke pasientens verdighet innebærer å frata han muligheten til helt og fullt å være menneske. Krenking av menneskets verdighet kan skje gjennom direkte og konkrete handlinger, for eksempel nonchalance ved tiltale. Eller slurv når det gjelder å beskytte pasienten ved pleietiltak som berører intime soner eller personlige spørsmål. Krenkelsen kan

også være mer abstrakt ved mangelfull etisk holdning eller ved å ikke ”se” mennesket og gi det plass (Eriksson, 1995, s. 70).

Og derimot å bekrefte menneskets verdighet i pleien innebærer å gi hver pasient individuell pleie. Dette innebærer også at man ikke gir en utrettferdig omsorg. Oppfatningen om at alle mennesker i konkret forstand trenger likedan omsorg er misvisende. Det å virkelig bekrefte menneskets verdighet forutsette at man våger å opptre forskjellig overfor pasientenes ulikheter, men likevel bekrefter den innerste verdighet hos hver enkelt i alle situasjoner (Eriksson, 1995, s.72).

2.4 Palliativ pleie/ Palliative care

Palliative care er et helhetlig konsept som sikre alvorlig syke og døende et optimalt liv med verdighet til de dør. Dette helhetlige konseptet må tilbys alle alvorlig syke og døende pasienter, uansett alder, diagnose eller oppholdssted. Kompetanse i palliativ care er en forutsetning for å planlegge den palliative pleien (Husebø & Husebø, 2015, s.26).

Det er ingen ord på de skandinaviske språkene som helt dekker betydningen av begrepet care. På norsk kommer omsorg nærmest. Men care betyr mer enn bare omsorg: det å bry seg og ta vare på, ikke bare medisinsk, men også psykososialt, eksistensielt og behandlingsmessig er viktig. Omsorg er mer knyttet til selve pleien, uten å ta vare på det tverrfaglige perspektivet som er så viktig for konseptet og filosofien bak palliative care (Husebø, 2015, s.44).

Bakgrunnen til ordet palliativ er interessant. Fra latin og romertiden finner man ordet ”pallium”, som betyr beskyttende kåpe. Gjennom de siste senere århundrer gikk man over til ordet ”palliate”, som er et medisinsk begrep for helsevesenets oppgaver ovenfor alle pasienter som ikke kunne helbredes. De siste femti årene har ordene palliative og care blir slått

sammen. Palliative care og palliative medicine har blitt internasjonalt anerkjente begreper for omsorg for alvorlig syke og døende (Husebø, 2015, s. 41).

World Health Organization (2015) definerer palliative care som følger: Palliativ pleie er en tilnærming som skal tilrettelegge for livskvalitet for både pasienter og deres familier som er rammet av livstruende sykdom. Noe av målsetningen er at man igjennom tilrettelegging og forebygging skal redusere lidelse ved å tidlig identifisere, vurdere og behandle smerter, påkjenninger og andre belastende symptomer. Palliativ pleie tar utgangspunkt i å se på døden som en naturlig prosess i livet, men skal samtidig ikke verken framskynde eller forsinke døden. Det integrerer psykososiale og åndelige aspekter som en viktig del av pleien.

Palliativ pleie skal tilby støtte og tilrettelegging for å hjelpe pasienten til å leve så aktivt som mulig frem til døden. Skal tilby et støttesystem for å hjelpe familien med takle utfordringene rundt pasientens sykdom, samt deres sorg. Tar utgangspunkt i et tverrfaglig samarbeid mellom alle involverte parter for å vurdere behovene til både pasienten og pårørende. Noe av målet er å øke livskvaliteten, på en måte som også kan påvirke sykdomsforløpet positivt. Skal være tilgjengelig i det tidlige stadiet av sykdommen, sammen med andre behandlingsmuligheter, og skal inkludere alle nødvendige undersøkelser for å bedre forstå og kontrollere belastende kliniske komplikasjoner (WHO, 2015, egen oversettelse).

Palliativ pleie skal ikke være en særomsorg for noen få, men tilgjengelig til for alle som måtte ønske og trenge det, uavhengig av diagnose, alder og sted. Det er naturlig for eldre mennesker å møte døden, men ikke nødvendigvis enklere når de er i ferd med å gjøre det. De fleste dør i sykehjem, og våre viktigste referanse kilder for livskvalitet og verdighet finner vi nettopp her. Vi finner høy motivasjon for palliativt arbeid, men det haster med flere plasser og styrket kompetanse hos ansatte i møte med døende menneskers behov (Aakre, 2015, s. 50).

2.5 Verdighet: et begrep med mange dimensjoner

Jakten på den perfekte definisjon av verdighet har vist seg å være mer utfordrende enn først antatt. Det er definert i både lovverk, forskrifter, av sykepleieteoretikere og ikke minst filosofer. Til nå har oppgaven gått inn på Katie Erikssons sykepleieteoretiske perspektiv, men for å videre utdype begrepet trekkes det inn annen teori som kan bringe mer klarhet til forståelsen av begrepet verdighet.

Fra et pleievitenskapelig perspektiv innebærer verdighet at alle mennesker har en iboende, absolutt verdighet som alltid finnes og ikke kan krenkes. Denne verdigheten er noe som mennesket er gitt, nettopp fordi man er menneske (Edlund, 2012, s. 364).

Verdighet tar utgangspunkt i en personlig opplevelse som karakteriseres av en uendelighet av nyanser. Det finnes en absolutt verdighet, som er til stede i alle situasjoner. Med dette som utgangspunkt formes verdigheten ut i fra kulturen og det samholdet mennesker lever i. I relasjonen til andre er det viktig å bli sett som den personen man er. Det er også viktig at den andre alltid ser den helhetlige og den absolutte verdigheten som finnes hos hvert enkelt menneske. Denne verdigheten skjuler seg kanskje bak fornedrende situasjoner eller uforsvarlig handling, men den er likevel alltid til stede (Edlund, 2012, 371-372).

Forfatteren Max Frisch forklarer; Verdighet betyr frihet til å kunne velge. Men flertallet av pasientene mister før eller senere evnen til å kunne treffe kompetente valg, enten på fordi de mister sin kognitive evne til å forstå eller ikke lengre kan kommunisere. Noen mister bevisstheten når de nærmer seg døden. Alle har fra fødsel til død sin iboende verdighet, som ingen kan ta fra dem. De har sine egne, unike livshistorier og sine verdier, alt de bærer med seg. På den ene siden er menneskets verdighet iboende og ukrenkelig. Verdighet oppstår og bekreftes eller krenkes i møtet mellom mennesker (Husebø & Holm, 2015, s 18).

2.6 Forskrift om en verdig eldreomsorg

Verdighetsgarantiforskriften (2010) viser til kravene som stilles for å kunne opprettholde en god eldreomsorg:

§ 1. Formål og virkeområde: Sikre at eldreomsorgen tilrettelegges på en slik måte at dette bidrar til en verdig, trygg og meningsfull alderdom.

§ 2. Tjenestens verdigrunnlag: Kommunale pleie- og omsorgstjenester skal tilrettelegge for en eldreomsorg som sikrer den enkelte tjenestemottaker et verdig, og så langt som mulig meningsfullt liv i samsvar med sine individuelle behov.

§ 3. Tjenestens innhold: Tilbudet skal innrettes i respekt for den enkeltes selvbestemmelsesrett, egenverd og livsførsel og sikre at medisinske behov blir ivaretatt. For å oppnå disse målsetningene skal tjenestetilbudet tilrettelegge for at følgende hensyn ivaretas:
Punkt 5. Lindrende behandling og en verdig død.

2.7 Sykepleie til døende pasienter

Overordnet kan vi si at sykepleien den døende pasienten mottar, ikke er grunnleggende forskjellige fra sykepleie til mange andre pasienter med behov for mye hjelp og omsorg. Likevel er det noe spesielt ved å gi sykepleie til døende, først og fremst fordi tiden er en begrensende faktor for livsutfoldelse og muligheten for å skape mening i livet. Det er mye som kanskje skal gjøres både i tanker og handling (Ilkjær, 2011, s. 748). Sykepleie til døende pasienter er et viktig arbeid, men også en komplisert og utfordrende (Ilkjær, 2011, s.742). I følge Aakre (2015, s. 51) er sykepleien til de døende både faglig og eksistensielt krevende. God lindring og trøst både til pasient og pårørende, er ikke mulig uten empatisk tilstedeværelse, tverrfaglighet og kontinuitet. En dyktig sykepleier møter hele mennesker og vet at omsorgen ikke kan standardiseres (Aakre, 2015, s. 51).

2.8 Sykepleiefaglige utfordringer på sykehjem

Beboernes skrøpelige helsetilstand, og det at behandling og omsorg blir tilbudt i en institusjonell sammenheng, gjør sykehjemmet til en spennende og faglig utfordrende arbeidsarena der hele den sykepleiefaglige kompetansen blir utfordret. (Hauge, 2008, s. 229). I følge Ranz og Zwygart-Stauffacher (2004) er en viktig del av tilbudet i sykehjemmet å hjelpe den gamle med å få dekket sine grunnleggende behov (sitert i Hauge, 2008, s.229). Fordi sykehjemsbeboerne er de en av de mest sårbare gruppene i vårt samfunn, er det flere utfordringer knyttet til denne delen av tilbudet. En fare er at bare de fysiske behovene blir dekket, som mat, drikke, hjelp til personlig hygiene og toalettbesøk. Andre grunnleggende behov høyere oppe i Maslows behovshierarki, som behovet for sosial kontakt, anerkjennelse og et positivt selvbilde, blir kanskje ikke vektlagt i like stor grad (Hauge, 2008, s. 229)

Pleie i sykehjem kan lett få preg av rutine. Fordelen er at rutiner kan skape faste og trygge mønstre for daglige handlinger. Det gjelder for eksempel rutiner for døgnrytme, måltider, stell, toalettbesøk, tannpuss og at pasientene er rene og velstelte. Rutiner kan derimot bli negative for kvaliteten på pleien hvis de fører til at sykepleiere glemmer å vurdere enkeltsituasjoner og ikke tar hensyn til den enkelte beboers behov og ønsker (Hauge, 2008, s.230).

2.9 Sykepleierens væremåte i møtet med døende pasienter

Omsorg og pleie ved livets slutt byr på store utfordringer, der mange rommer vanskelig dilemmaer der helsepersonell må veie faglige, menneskelige og etiske forhold opp mot hverandre. I tillegg kommer presset om effektivitet og økonomi. Da blir det vesentlig at sykepleieren må ha kunnskaper om prosessene ved livets slutt, men holdning og etikk er nesten viktigere (Hjort, 2010, 447). Kalfoss (2010, s.492) sier at en av de største feilene man kan gjøre som sykepleier, er å tro at lidende og døende mennesker er og ønsker å bli behandlet forskjellig fra andre mennesker, eller at deres behov er annerledes enn ens egne. Hos de døende inngår en dyp lengsel etter å oppleve å bety noe, bli elsket og anerkjent som et

verdifullt og unikt menneske. Det innebærer også en aldri sviktende respekt for menneskeverdet hos alle en møter.

I følge Kalfoss (2006) har de fleste som har omsorg for døende mennesker og deres pårørende har nok i sitt indre tenkt på hva man skal gjøre og hva man skal si. Viktige spørsmål en kan stille seg, er heller: Hvem kan jeg være, hva kan jeg være, og hvordan kan jeg være for den andre? Når en som sykepleier skal pleie et menneske som skal dø, dreier omsorgen seg ikke så mye om hva en sier, men om samspillet mellom en selv og den døende. Sykepleier kan være til stede i situasjonen ved å gi god fysisk og psykisk omsorg. Gjennom å være anerkjennende, inkluderende, aksepterende, tilgjengelig og oppmerksom. Men også ved å ta initiativ, lytte, å være rolig i sitt nærvær og sine reaksjoner, å være ekte og utføre alt dette med medfølelse, kjærighet og barmhjertighet (sitert i Kalfoss, 2010, s.492-493).

Levinas (2002) skriver at når en pasient står rett foran døden, er det ingenting en sykepleier kan gjøre for å hindre det, selv om man ofte ønsker man kunne det. Noen ganger håper man at døden skal inntreffe raskere og spare pasienten for lidelse. Sykepleiere takler og reagerer i slike situasjoner på forskjellig måter. Hovedfokuset og ansvaret må likevel være å beskytte og opprettholde den menneskelige verdigheten. Det er det høyeste målet for omsorgen for syke og døende pasienter. Verdigheten er dypt forankret i opplevelsen av mening og innhold i situasjonen for hver enkelt pasient. For en døende kan det bety fravær fra unødvendige inngrep, for en annen betyr det forsikring om og ikke dø alene. For sykepleieren kan det representere ønske om at pasienten dør fredelig, uten smerter og uro (sitert i Kalfoss, 2010, s. 493).

Hjort (2010, s. 449) skriver at et dødsleie alltid har 2 sider. Den ene er selve døden og tapet av et menneske som nesten alltid har nære pårørende og/eller venner. Den andre siden er måten ting skjer på for den døende og de pårørende. Mange ganger er omsorgen enda viktigere for de pårørende enn for den døende gamle. Pasienten dør, og de eventuelle lidelsene er over. De pårørende skal derimot leve resten av livet med minnene om det som foregikk og hvordan det

foregikk. Dette kan gi vonde minner som de søker etter å fortrenge, mens noen ganger har de gode minner som de kan ta med seg videre og aldri glemmer. Videre sier Hjort (2010, s. 454) at sykepleier hele tiden må huske på omsorgen for pasient og pårørende. Personalet må formidle trygghet i situasjonen, men ikke på en slik måte at det gir inntrykk av tom rutine. Hvert eneste dødsleie er unikt og særegent, og pasient og pårørende må derfor oppleve at de er spesielle og få møte omsorg på sine premisser.

3.0 Metode

Metodedelen av denne oppgaven vil ta for seg å forklare litt nærmere nettopp hvilken metode og fremgangsmåte som har blitt brukt i forhold de ulike undersøkelsene og skriveprosessene som har blitt utført for å komme frem til det stoffet som er hensiktsmessig og relevant i forhold til oppgavens problemstilling og overordnede tema. Videre vil det bli presentert kildekritikk, forskningsetikk, metodekritikk og søketabeller.

Metoden er redskapet i vårt møte med noe vi vil undersøke. Metoden hjelper oss til å samle inn data, altså informasjonen vi trenger til undersøkelsen vår. Kvalitative og kvantitative metoder er eksempel på metoder. De kvantitative metodene har den fordelen at den gir data i form av målbare enheter. De kvalitative metodene fanger opp mening som ikke lar seg tallfeste eller måle. Begge disse metodene bidrar på hver sin måte til en bedre forståelse av det samfunnet vi lever i, og enkeltmennesker, grupper og institusjoner handler og samhandler (Dalland, 2014, s. 112).

3.1 Presentasjon av litteraturstudie som metode

Forsberg og Wengström (2013, s. 26-27) beskriver systematisk litteraturstudie som følger; Det viktigste man må tenke på når det gjelder å gjennomføre et systematisk litteraturstudie, er

at det finnes et tilstrekkelig antall studier av god kvalitet som kan utgjøre grunnlaget for vurdering og konklusjoner.

En litteraturstudie innebærer å systematisk å søke etter artikler, kritisk granske disse og til slutt sammenstille litteraturen som ble funnet innen et valgt tema. Det er viktig å fokusere på aktuell forskning innen det valgte problemområdet og ha som mål å finne informasjon som kan bedre klinisk virksomhet. Litteratur og teori utgjør informasjonskilden, mens dataene bygger på vitenskapelige tidsskriftsartikler eller andre aktuelle rapporter. Det beste er å finne og inkludere så mye relevant forskning som mulig, men av praktiske og økonomiske grunner, er ikke dette alltid mulig. Antallet studier som velges varierer etter hva forfatteren klarer å finne, men begrenses også etter hvilke krav man stiller til studiene som skal inkluderes (Forsberg og Wengström, 2013, s. 30).

3.1 Praktisk fremgangsmåte og artikkelsøk

For å finne forskingen til denne studien har jeg brukt de helsefaglige fagressurser i form av helsebiblioteket på høgskolens sider, som gir tilgang til ulike tidsskrift- og databaser. Det ble brukt engelske søkeord i alle databasene. Basert på problemstillingen i oppgaven ble følgende søkeord brukt: end-of-life care, nursing home, dignity, palliative care. Søkeordene oversatt til norsk blir som følger; omsorg ved livets slutt, sykehjem, verdighet, palliativ pleie.

Databasene som hovedsakelig ble brukt for å komme frem til artiklene, var Cinahl og Pubmed. Grunnen til at disse databasene utmerket seg var gode spesifikke treff på søkeordene, samt at selve utformingen på databasene gjorde den enkel og oversiktlig å bruke. Fra starten av ble begrensningen ”full text” brukt i alle søk, men dette viste seg å innsnevre antall resultater mer en ønskelig og ble derfor fjernet ved nye søk.

Søk i CiNahl 22.01.2015			
Nummer	Søkeord/term	Avgrensning (Limit)	Resultat (Antall)
S1	Palliative care		23 172

S2	Dignity		3466
S3	Nursing home		36 552
S4	End of life		13 829
S5	S1 AND S2		388
S6	S1 AND S2 AND S3 AND S4		15
S7	S1 AND S2 AND S3		41

Ved kombinasjon av alle 4 søkeord i S5 ble 15 artikler funnet, men det ble valgt å søke videre ettersom artiklene ikke gav inntrykk av å passe helt til oppgavens problemstilling. Fikk da 40 artikler som resultat. Fra Cinahl søk nummer S7 ble artikkelen ”Nursing care for patients on the edge of life in nursing homes: obstacles overshadowing opportunities” (Hov, Hedelin & Athlin, 2011) valgt. Fra søk nummer S7 ble også ”Views on dignity of elderly nursing home residents” (Franklin, Ternestedt & Nordenfelt, 2006) valgt.

Søk i PubMed 23.01.2015			
Nummer	Søkeord/term	Avgrensning (Limit)	Resultat (Antall)
1	Pallative care		52427
2	Dignity		4843
3	Nursing home		71774
4	End of life		50703
5	#1 and #2		483
6	#1 and #2 and #3		58
7	#1 and #2 and #3 and #4		30

Fra søk i PubMed ble artikkelen ”Dignity as expericed by nursing home staff” (Dwyer, Andershed, Nordenfelt & Ternestedt, 2009) valgt fra søk nummer 7. Det samme ble artikkelen “Dignity and the challenge of dying in nursing homes: the residents view” (Pleschberger, 2007). Fire artikler ble funnet gjennom systematiske litteratursøk, men i tillegg

til dette ble det også funnet en artikkel ved manuelt søk; “End of life care in two Norwegian nursing homes (Kaarbø, 2010) . Den er også å finne på databasen Cinahl ved søk på artikkeloverskrift.

3.2 Metodekritikk

3.2.1 Forskningsetikk

Forskningsetikken er et område av etikken som har med planlegging, gjennomføring og rapportering av forskning å gjøre. Det handler om å ivareta personvernet og sikre troverdigheten av forskningsresultatene. Målet om å vinne ny kunnskap og innsikt må ikke skje på bekostning av enkeltpersoners integritet og velferd (Dalland, 2012, s 96).

Med tanke på at denne oppgaven tar for seg kvalitative forskningsartikler og involverer spørsmål som er sensitive og personlige for deltakerne, er det viktig å ta hensyn til både forskningsetikk og kildekritikk. Alle de fem forskningsartiklene har eget avsnitt der det beskrives ”etiske overveielser”. Fire av dem beskriver i dette avsnittet spesifikt hvilke etiske retningslinjer som er brukt og hvilken etisk komité som har godkjent studien. Den ene forskningsartikkelen (Pleschberger, 2007) har, som de andre, også et eget avsnitt for dette, men derimot en noe svevende forklaring i henhold til etiske overveielser og henviser ikke til eksakt komité eller retningslinje.

3.2.2 Kildekritikk

Kildekritikken skal vise at du er i stand til å forholde deg kritisk til det kildematerialet du bruker i oppgaven, og hvilke kriterier du har benyttet under utvelgelsen.

Kildekritikk betyr både å vurdere og å karakterisere den litteraturen som er benyttet. (Dalland, 2012, s 72).

Alt fra pensum og bøker som er brukt er av nyere utgaver og det har ikke blitt funnet noe grunnlag for kritikk av disse. Forskningsartiklene er fra tidsrommet 2006-2012 så også de er relativt nye, men de har blitt oversatt fra engelsk til norsk, noe som må tas hensyn til. ”Det lidande mennesket” skrevet Katie Eriksson er derimot en bok som ble skrevet i 1995, og er da 20 år gammel, altså noe utgått materiale. Men: ved nærmere undersøkelser, viser det seg at boken har blitt gjenoptrykt i 2010 med nytt omslag, men at innholdet skal være nøyaktig det samme. På bakgrunn av dette har jeg valgt å bruke denne utgaven av boken, og er trygg på at innholdet er like relevant den dag i dag. Kritisk vurdering av forskningsartikler har blitt gjennomført basert på sjekklister fra kunnskapssenteret: se VEDLEGG 2

4.0 Resultat

Resultatdelen av oppgaven vil presentere forskningsartiklene. I søkeprosessen har fem kvalitative studier blitt valgt ut for å belyse problemstillingen.

4.1 Sammendrag av artikler

4.1.1 Artikkel 1

“Dignity as experienced by nursing home staff” (Dwyer et.al, 2009).

Sammendrag: Denne kvalitativt beskrivende studien har som mål å nærmere undersøke begrepet verdighet og hva hvordan sykepleiere på svenske sykehjem tolker meningen med dette ordet. Verdighet var et konsept som sjelden ble brukt i hverdagslige samtaler. Likevel hadde de ansatte klare synspunkter og tanker om meningen, noe som ble spesielt tydelig i diskusjoner som gjaldt faktorer som kunne fremme eller hindre verdighet. Analysen av de ulike intervjuene avslørte flere likheter mellom hva personalet selv beskrev som verdighet for den eldre pasient i palliativ fase og hva ordet betød for dem i den profesjonelle rolle. At den eldre pasient fikk hjelp til sine grunnleggende behov, ble av personalet sett på som en grunnleggende form for verdighet. Personalet hengav mesteparten av sin til nettopp dette. Likevel, ble det gjentatte ganger gitt uttrykk for at de ønsket å kunne tilby mer enn bare grunnleggende behov. Personalet var klare på at mangel på tid og ressurser var grunnen til dette, noe som førte til følelse av og ikke strekke til og å ikke få gjort tilstrekkelig for pasientene. Personalet opplevde dilemma mellom det idealet de ønsket å realisere, og den

pleien de betraktet som mulig å tilby. Dette opplevdes som en trussel mot deres oppfatning av selvrespekt, følelsen av meningsfullhet og muligheten til å kunne tilby pleie som fremmet verdighet. Personalet følte at de manglet støtte, og var derfor mer utsatt for å oppleve moralsk stress og dårlig samvittighet.

4.1.2 Artikkel 2

“End-of-life care in two Norwegian nursing homes: family perceptions” (Kaarbø, 2010).

Sammendrag: Målet med denne kvalitative mixed methods studien var å gjennomføre intervju med pasientens pårørende, få et større overblikk over den eksisterende palliative pleien i sykehjem. Håpet var at disse erfaringene kan bidra til større kunnskap om pleie og omsorg ved livets slutt, og føre til forbedring av praksisen. Kvaliteten på sykepleien som ble utført, ble beskrevet som profesjonell og god. Pleien ble vurdert av de pårørende til å være støttende, individuell og basert på pasientens behov. Selv om alle de pårørende var fornøyd med pleien, indikerte de likevel et større behov for mer eksakt informasjon og bedre kommunikasjon. Andre faktorer, som å sørge for nok kvalifisert personale, videreutdanning og jevne undersøkelser av personalets arbeid ble sett på som viktig for at pleietilbudet skulle være så bra som mulig. Det var også enighet om at det var rom for forbedring når det gjaldt palliativ pleie, i form av symptomlindring, som munntørrhet og pusteproblemer, men når det gjaldt smertelindring var denne optimal. Når de pårørende ble spurt om de var klar over at det er normalt for eldre døende å oppleve symptomer som pusteproblemer, fortalte de at dette var noe de ikke var informert om. Flere av de pårørende opplevde at deres kjære døde i løpet av natten når de hadde gått hjem for å sove. Dette var noe som førte til store påkjenning, bekymring og ubesvarte spørsmål for de etterlatte.

4.1.3 Artikkel 3

”Views on dignity of elderly nursing home residents” (Franklin et.al, 2006).

Sammendrag: Målet med denne hermeneutisk kvalitative studien var å få et større innblikk i eldre personers oppfatning av verdighet i sammenheng med å oppholde seg på sykehjem når livet nærmer seg slutten. Gjennom historier og fortellinger om pleiesituasjoner og hverdagslivet på sykehjem, har meningen av begrepet verdighet blitt fremhevet. Gjennom studien kommer det frem at det var lettere for de eldre å beskrive hva som var uverdigg og nedverdiggende, enn å beskrive hvordan de oppfatter verdighet. Å beskrive verdighet var enklere, dersom den eldre verdighet hadde blitt truet eller krenket. Alderdommen, med alle sine tap, kunne i seg selv oppleves som en trussel mot verdigheten. Deltakerne beskriver gjentatte ganger hvordan fysisk og kroppslig forfall fører til en økende grad av avhengighet for pleie og omsorg. De opplever det som spesielt vanskelig å ikke lengre kunne kontrollere urin og avføring, å bli inkontinente. At kroppen forandret seg til det ugjenkjennelige både på innsiden og utsiden var spesielt vanskelig, fordi det påvirket den eldre personlige autonomi og verdigheten av å ha en identitet.

4.1.4 Artikkel 4

“Dignity and the challenge of dying in nursing homes: The residents’ view” (Pleschberger, 2007)

Sammendrag: Målet med denne kvalitative studien var å undersøke meningen og betydningen av begrepet verdighet med tanke på spørsmål rundt livets slutt, sett i perspektiv fra eldre sykehjemsbeboere i vest-Tyskland. Gjennom studien belyses begrepet gjennom fortellinger og historien fra de eldre beboerne. Det kom tidlig frem at begrepet verdighet ble differensiert mellom en intrapersonal verdighet og relasjonell verdighet. Sosiale relasjon og kontakt med andre var en viktig forutsetning for relasjonell verdighet, og var en viktig del av å oppleve å bli sett. Dette er noe som understreker sårbarheten til de pasientene på sykehjem som mangler et sosialt nettverk. I motsetning til den relasjonelle verdigheten som tar for seg det sosiale og nettverket rundt pasienten, omfattet den intrapersonale verdigheten personens egne fysiske og psykiske opplevelse, samt tro.

Verdigheten ble utfordret og truet mest av sykdom og det å ha et konstant hjelpebehov. Dette på bakgrunn av oppfatningen om at omsorgen i sykehjemmene var mangelfull, mye på grunn av lav bemanning. En verdig død betydde for beboerne å få lov til å ”dø på riktig tidspunkt”, men de var klare på at de ikke ønsket selv å påvirke dette tidspunktet. Standpunkt om å tillate inngrep som påvirket tidspunktet av et dødsfall ble sett på som avhengig av hvor sterkt ønske var om å dø til ”riktig” tidspunkt. Likevel trekkes ikke konklusjoner som lener mot verken aktiv eller passiv dødshjelp. Dette på grunn av at beboerne gjentatte ganger refererte til religiøse holdninger og tro som utelukker inngrep som kan forskynde døden.

”Vel, min far hadde en god død ute på potetåkeren..” Mange historier begynte på denne måten, da de eldre ble spurt om å komme med eksempler på enten en verdig, eller uverdigg dødsprosess. På bakgrunn av disse eksemplene, kom det frem at følgende punkt opplevdes som viktige for å kunne oppnå en god død: Å få være aktiv til det siste. Å bli respektert og få tillatelse til å dø. Å ikke ha smerter. Å få være rundt personer man har kjær (for å si farvel).

4.1.5 Artikkel 5

“Nursing care for patients on the edge of life in nursing homes: obstacles are overshadowing opportunities” (Hov et.al, 2012).

Sammendrag: Målet med denne fenomenografisk kvalitative studien var å beskrive sykepleieres oppfatning av god sykepleie, mulighetene for å oppnå god pleie for pasienter på sykehjem i livets slutt. Funnene viser at sykepleie til denne gruppen pasienter kan være utfordrende, ettersom det mange ganger oppstår tilfeller der sykepleierne ikke vet om pasienten kommer til å dø eller fortsette å leve, og at det på bakgrunn av dette kan være vanskelig å iverksette spesifikke pleietiltak. På tross av dette anså sykepleierne at de forstod pasientenes behov for pleie og omsorg. De visste godt hva som skal til for å gi den gode pleien, men mulighetene til å gjøre dette, ble ofte overskygget av hindringer. Å opprettholde pasientens verdighet, ble sett på som en viktig og fundamental del av å gi god sykepleie, samt

pleie ved livets slutt. De intervjuede sykepleierne fortalte om deres konstante strev etter å bevare hver enkelte pasients verdighet, men som oftest prøvde de forgjeves. Dette førte til spenning mellom idealet om hvordan pleien for de døende burde være, i forhold til hva som faktisk ble praktisert. Problemene med å oppfylle den ideelle sykepleien ble satt i nær sammenheng med dårlig økonomi, arbeidskraft og mangelfullt antall kompetent personale.

5.0 Drøftning

I denne delen av oppgaven drøftes problemstillingen opp mot Katie Eriksson teori om verdighet, forskningsartiklene og viktige hovedtrekk fra teoridelen. Egne erfaringer, innspill og refleksjoner vil også bli fremhevet. Gjennom drøftning og ulike vinklinger er håpet at denne delen av oppgaven vil både oppsummere og diskutere funnene, slik at både sykepleieres, pasienter og pårørendes tanker hva om verdighet i palliativ pleie kommer frem.

5.1 Opplevelsen av verdighet for pasient, sykepleier, pårørende

Hvis man starter med å se på selve begrepet verdighet, viser både artiklene og teorien at dette er et vanskelig ord å beskrive, også for dem som står midt oppi det. I studien til Dwyer et. Al (2009) kommer det frem at verdighet var et konsept som sjeldent ble brukt i hverdagslige samtaler blant pleierne. Likevel hadde de klare og tydelige synspunkter om temaet, spesielt når det gjaldt faktorer som kunne hindre eller fremme verdighet. Dette kan gi inntrykk av det ligger noe mer bak. Kanskje er verdighet noe grunnleggende i oss, der tanker og følelser ligger i underbevisstheten selv om man ikke snakker om det i hverdagen.

På samme måte som pleierne hadde tydelige synspunkter om hva som fremmet og hindret verdighet, hadde de eldre pasientene i studien av Franklin et.al (2006) lettere for å beskrive hva som var uverdigg og nedverdigg enn å beskrive hva som var verdigg. Dette kan tilsa at

de eldre pasientene har erfart mange uverdige og nedverdiggende situasjoner, og at det av den grunn automatisk rettes fokus på dette. Samtidig er det viktig å huske på at generelt er lettere å beskrive hva man er misfornøyd med, i forhold til det å foreslå noe som er bedre eller å sette ord på det man ønsker.

I forskningen til Pleschberger (2007) deler hun, basert på intervju med de eldre, verdighet inn i to ulike dimensjoner: intrapersonal og relasjonell verdighet. Den relasjonelle verdigheten var rammen rundt pasienten, som sosial relasjon, nettverk og kontakt med andre. Den intrapersonale verdigheten tar derimot for seg selve personen og hans egne fysiske og psykiske opplevelse, indre verdier, samt tro. Eriksson (1995) skriver også om verdigheten som en indre og ytre dimensjon. Til den indre dimensjonen hører troverdighet, æresfølelse og sedelighet. Til den ytre henføres karakteristika som ære, rang, stilling, embete, verdig holdning, utseende og anseelse. Så vel den ytre som den indre dimensjonen utgjør menneskets verdighet.

I studien til Hov et.al (2012) ble det å opprettholde pasientens verdighet, sett på som en viktig og fundamental del av det å gi god sykepleie, samt pleie ved livets slutt. Pleierens oppgave er å gi pasienten mulighet for å oppleve sin fulle verdighet og forhindre alle former for krenkelse bekrefter Eriksson (1995, s.70). Det å bekrefte menneskets verdighet i pleien innebærer å gi hver pasient individuell pleie.

Oppfatningen om at alle mennesker trenger likedan omsorg er kan være misvisende, og at å virkelig bekrefte menneskets verdighet forutsette at sykepleier våger å opptre forskjellig overfor pasientenes ulikheter. I sistnevnte setning står et ord som merker seg ut. Å våge. Da kan man begynne å undre; Hva slags risiko innebærer det hvis man må våge å opptre forskjellig? Kanskje er det frykten for å behandle pasienter urettferdig. Det er mange faktorer som tilsier at det ikke nødvendigvis er vågalt å behandle pasienter ulikt. Det kan blant annet være avhengig av hvilken type menneskekjenner sykepleieren er. Terskelen for å gi forskjellig, men kanskje riktigere behandling tilpasset den enkelte, vil øke dersom sykepleieren kjenner pasienten godt. På sykehjem er det i større grad lagt til rette for at man kan bli bedre kjent med pasienten, i forhold til blant annet på sykehus.

Pleschberger (2007) understreker at man må være oppmerksomme på sårbarheten til de pasientene på sykehjem som mangler et sosialt nettverk. Mange av gamle har utlevd sine venner, sine søsken og har kanskje ikke egen familie med barn, barnebarn og oldebarn. En sykepleier kan aldri erstatte slike nære relasjoner, men dersom pasienten ikke har noen andre, er dette noe man må ta hensyn til. Her kommer den uskrevne regel om at ingen mennesker skal dø alene, virkelig til sin rett.

5.2 Når verdigheten blir krenket eller truet

I følge Eriksson (1995, s 70) kan krenking av menneskers verdighet skje gjennom direkte og konkrete handlinger, for eksempel nonchalant ved tiltale eller slurv når det gjelder å beskytte pasienten ved pleietiltak som berører intime soner eller personlige spørsmål. Krenkelsen kan også være mer abstrakt ved mangelfull etisk holdning eller ved å ikke "se" mennesket og gi det plass. Intime og personlige tema blir også nevnt i studien til Franklin et. al (2006), der de eldre opplever det som spesielt vanskelig å bli inkontinente.

Pasientene i Franklin et. al (2006) sin studie, sier at alderdommen, med alle sine tap, kunne i seg selv oppleves som en trussel mot verdigheten. At kroppen forandret seg til det ugjenkjennelige både på innsiden og utsiden var spesielt vanskelig, fordi det påvirket den eldres personlige autonomi og verdigheten av å ha en identitet. I Pleschberger (2007) sin studie sier pasientene sier at verdigheten ble utfordret og truet mest av sykdom og det å ha et konstant hjelpebehov. Dette på bakgrunn av lav bemanning på sykehjemmet. For gamle mennesker som allerede har plager og behov for hjelp, er det veldig forståelig at de opplever det å bli dårligere både som utfordrende og truende. Det er ingen som er syke som ønsker å få det verre. Men at bakgrunnen for bekymringen er forankret i tanken om at de ikke kommer til å få den pleien de trenger på grunn av lav bemanning, er rett og slett en uverdigg situasjon å være i for noen som allerede lider. Vi må unne dem å slippe bekymringer og de må føle trygghet i at de får den hjelpen de trenger, uansett om deres helsetilstand forverres eller ikke. Selv om det er lav bemanning og krav til effektivitet, er det sykepleier sin oppgave å beholde

roen i hverdagen. Man må skynde seg langsomt, uten å formidle over til pasientene at det er travelt.

Studien utført av Dwyer et. al (2009) beskriver at det å ikke strekke til ved å kunne tilby pleie som fremmet verdighet, opplevdes som en trussel også mot sykepleiernes oppfatning av selvrespekt, samt følelsen av meningsfullhet. Sykepleierne kjente ofte på moralsk stress og dårlig samvittighet, ikke i sammenheng med den jobben de fikk gjort, men av det de ikke fikk gjort. Uten å trekke konkrete slutninger, får man inntrykk av at det å ikke kunne fremme verdighet på en tilstrekkelig måte for sine pasienter, også oppleves som en trussel mot sykepleierens verdighet.

Verdighetsgarantiforskriften (2010) viser til kravene som stilles for å kunne opprettholde en god eldreomsorg, der lindrende behandling og en verdig død står oppført som et eget punkt. At de eldre på sykehjem skal få den nødvendige palliative pleie og en verdig dødsprosess er altså et krav som de kommunale pleie- og omsorgstjenestene skal legge til rette for. Dette innebærer også et krav for sykepleierne. Dersom sykepleierne opplever at manglende ressurser fører til at kravene ikke blir oppfylt, har de et ansvar for å rapportere dette videre både til sine overordnede og til kommunale instanser. At den tilstrekkelige pleien ikke blir utført, kan komme av at sykepleieren selv ikke strekker til eller at systemet rundt ikke strekker til. Hvordan hver enkelt sykepleier tolker situasjonen kan være forskjellig på tross av det resultatet i studiene viser til. Noen vil kanskje sette all skyld på systemet rundt, mens andre kanskje er veldig reflekterte over ting de ikke får til.

Går man videre og ser på studien til Kaarbø (2010) forteller flere av de pårørende at deres kjære døde i løpet av natten da de hadde gått hjem for å sove. Dette førte til store bekymringer, påkjenninger og ubesvarte spørsmål de etterlatte. At slike situasjoner oppstår kan oppleves som uverdige både for pasienten og pårørende, og må unngås i størst mulig grad. Det kan godt være pasienten ikke merker noe til det, men man vet aldri. Derfor skal man alltid skal tilstrebe at ingen dør alene. Det gir trygghet i at pasienten har noen til støtte i det siste, i tillegg har pårørende vissheten om at det var noen til stede. Avtaler kan gjerne gjøres på

forhånd, slik at det er klarhet i hvordan man skal løse situasjonen dersom det skulle skje noe på nattestid når pårørende er hjemme.

5.3 Grunnleggende behov i palliativ pleie

Overordnet kan vi si at sykepleien den døende mottar, ikke er grunnleggende forskjellig fra sykepleie til mange andre pasienter med behov for hjelp og omsorg, skriver Ilkjær (2011, s.748). Kalfoss (2010, s.492) er også svært konkret på dette i sin teori der han skriver at en av de største feilene en kan gjøre som sykepleier, er å tro at lidende og døende mennesker, er og ønsker å bli behandlet annerledes enn mennesker som lever videre, eller at deres behov er annerledes enn ens egne.

Likevel er det noe spesielt ved å gi sykepleie til døende, først og fremst fordi tiden er en begrensende faktor og det mye som skal nås i tanker og handling, poengterer Ilkjær (2011, s. 748). At pleie til døende er spesielt først og fremst en fordi tid er en begrensende faktor, er en lite reflektert beskrivelse. Å gi pleie til døende er faktisk, som man kunne sagt på engelsk; A matter of life and death. Det er ikke bare alvorlig for sykepleier som sitter med ansvaret, men for alle involverte. Det er en svært delikat og alvorlig situasjon å være på jobb i, som et fåtall andre i dette landet opplever i en vanlig arbeidsdag. Det fortoner seg som veldig spesielt å være så nær mennesker på sitt mest sårbare, og er også en stadig påminnelse til sykepleiere om at det er slik det til slutt vil ende for oss alle. Tid kan være en begrensende faktor, men er det nødvendigvis ikke ettersom den palliative fasen ikke har en spesifikk tidsramme.

Ser man på definisjonen til World Health Organization (2015) omhandler mye av den palliative pleien grunnleggende behov. Det blir blant annet nevnt behandling og lindring av plagsomme symptomer, vurdering av pasientens behov, og samtidig å tilrettelegge for støtte

og psykososiale aspekter, ikke bare for den døende mens også hans nærmeste. Det å ha kjennskap om pasientens livshistorie kan være nyttig i den palliative pleien. Man får da ledetråder som kan brukes aktivt både i kommunikasjon og pleie av den døende. I noen tilfeller mangler kanskje sykepleier denne informasjonen og ofte kan de gamle bli bevisstløse på det siste. Da er pårørende en viktig ressurs, ettersom de har kjennskap til pasienten på et annet nivå enn det sykepleier har.

I studien til Hov et. al (2012) uttaler sykepleierne at de forstår pasientenes behov for pleie og omsorg, og visste godt hva som skal til for å gi den gode pleien. Dwyer et. al (2009) sin studie kommer det frem at hjelpe den eldre pasienten med å få utført sine grunnleggende behov, ble sett på av personalet som en grunnleggende form verdighet. Ranz og Zwygart omtaler (siteret i Hauge 2008, s. 29) dette som en viktig del av sykepleietilbudet på sykehjem. Men de legger også til faren med dette, er at andre behov som kan oppleves som like grunnleggende for pasienten, kanskje ikke blir vektlagt i like stor grad. Hjort (2010, 454) spesifiserer at man som sykepleier hele tiden må huske på den menneskelige omsorgen for pasient og pårørende, og ikke bare den grunnleggende.

Likhetstrekk med mellom pleieres og pasienters oppfatning av begrepet verdighet er tydelig, mens de pårørende, basert på både mine egne opplevelser, samt det studie og teori viser til, er mer opptatt av selve pleien, symptomlindringen og rammene rundt pasienten. I følge Kaarbø (2010) ble kvaliteten på sykepleien som ble utført, beskrevet av de pårørende som profesjonell og god. Pleien av pasientene ble vurdert av de pårørende til å være støttende, individuell og basert hver enkeltes behov. De pårørende var veldig oppmerksomme på symptomer som munntørrhet og pusteproblemer. De var veldig fornøyd med smertelindringen. Å forebygge smerte hos den døende pasienten er et fokus for sykepleiere. Dette blir særs viktig når tid er en begrenset faktor i arbeidstiden på sykehjemmet, og pleietiltakene må prioriteres og vurderes etter hva som er mest nødvendig. Dette kan gå på bekostning av andre symptomlindrende tiltak.

Mange av de som står pasienten nær er oppmerksomme på vedkommendes symptomer i den palliative fasen. De ønsker gjerne at det blir satt i verk tiltak, at sykepleier må gjøre noe, at

legen må kontaktes. Dette kan bygge på at de har fulgt pasienten gjennom mange år, og kjenner pasienten og behovene fra den tiden han var frisk. I den palliative fasen kan disse behovene endre seg. Pårørende blir følelsesmessig involvert og får inntrykk av at pasienten lider. Mange har da lyst å bidra med det de kan for utsette det uunngåelige. Men i mange tilfeller er det til det beste for pasienten at han slipper unødvendige inngrep. I følge Hjort (2010, 454) må personalet formidle trygghet, men samtidig ikke på en slik måte at det gir inntrykk av tom rutine. Hauge (2008, s. 230) mener dette er noe som lett kan forekomme på sykehjem, men at det også er fordel med rutiner, i form av at de kan skape faste, trygge mønstre. De kan derimot bli negative for kvaliteten på pleie hvis de fører til at sykepleierne slutter å vurdere enkeltbehov og ikke tar hensyn til beboers behov og ønsker.

5.4 Idealet og realiteten: Et dilemma

I Hov et. al (2012) sin studie gir ansatte inntrykk av at sykepleie til eldre pasienter ved livets slutt kan være utfordrende, ettersom det mange ganger oppstår tilfeller der sykepleierne ikke vet om pasienten kommer til å dø eller fortsette å leve, og at det på bakgrunn av dette kan være vanskelige å sette i gang spesifikke pleietiltak. På sykehjem er det ikke sjeldent man opplever døende pasienter som kvikner til igjen, og ender opp med å leve mange måneder lengre. Dette bør likevel ikke være en bortforklaring for å ikke iverksette de riktige palliative tiltakene.

Hjort (2010, 447) sier at pleie ved livets slutt reiser store utfordringer og dilemmaer for personalet, og at helsepersonell da må veie faglige, menneskelige og etiske forhold opp mot hverandre. Han legger også til at det stadige presset i helsevesenet om effektivitet og økonomi kan gjøre situasjonen enda mer problematisk for sykepleiere. Dette blir konstatert i studien til Dwyer et. al (2009) der de intervjuede pleierne var klare på at mangel på tid og ressurser resulterte i å gjøre målet om en verdig pleie nesten uppnåelige. De var også klar på at de manglet støtte. Også de eldre pasientene i Pleschberger (2007) sin studie antyder hvordan de har opplevd omsorgen i sykehjemmene som mangelfull på grunn av lav bemanning.

I Kaarbø, 2010 sin studie som tar for seg de pårørendes syn blir det også nevnt at faktorer, som å sørge for at sykehjemmene har kvalifisert personale, videreutdanning og jevne undersøkelser av personalets arbeid, ble sett på som viktig for at pleietilbudet skulle være så bra som mulig. At de pårørende nevner dette er nok ikke ubegrunnet, men det blir likevel ikke fremhevet noe kritikk angående ressursmangler. Her ser man klare ulikheter mellom beskrivelsene til pasient/sykepleier og pårørende. Dette er ikke overraskende, for det er tross alt sykepleierne og pasientene som oppholder seg på sykehjemmet som virkelig får kjenne dette på kroppen.

I studien til Hov et. al (2012) sier sykepleierne at mulighetene for å kunne utføre best mulig pleie, ble ofte overskygget av hindringer. Dette førte til spenning mellom idealet om hvordan pleien for de døende burde være, i forhold til hva som ble praktisert. Problemene med å oppfylle den ideelle sykepleieren ble satt i nær sammenheng med dårlig økonomi og arbeidskraft, og mangelfullt antall av kompetent personale. I Franklin et.al (2006) sin studie fremhever pasientene at fysisk og psykisk forfall fører til økende grad av avhengighet for pleie og omsorg. At sykehjemmene ressurser ikke øker i samme takt som behovet for pleie og omsorg for de som lever på sitt siste, gir en problematisk situasjon både for pasienter og sykepleiere. Aakre (2015, s.50) sin teori retter også fokus mot bakgrunner for dilemmaene på sykehjemmet. Han forteller at motivasjonen for palliativt arbeid på sykehjem er høy, men det haster med flere plasser og styrket kompetanse hos ansatte i møte med døende menneskers behov.

5.5 Den verdige døden

I følge Hjort er hvert eneste dødsleie er unikt, og pasient og pårørende må oppleve at de er spesielle og får møte omsorg på sine premisser. I følge han, har et dødsleie alltid har to sider. Den ene er selve døden og tapet av et menneske som alltid har pårørende eller andre som står nær. Den andre siden er måten ting skjer på for den døende og de pårørende (Hjort, 2010, s 447-448). Som sykepleie kan man bidra med å hjelpe slik at omstendigheten rundt, og pleien som blir gitt, kan gjøre tapet lettere å bære for de etterlatte. I følge Pleschberger (2007) sin studie opplever pasienten det som en viktig del av en verdig død å få være rundt personer man

har kjær. Men de mener også at følgende punkt opplevdes som viktige for å kunne oppnå en god død: Å få være aktiv til det siste, bli respektert, få tillatelse til å dø og å ikke ha smerter.

Pleschberger (2007) forteller videre at en verdig død for beboerne betyr å få lov til å ”dø på riktig tidspunkt”, men de var klare på at inngrep verken fra dem selv eller andre skulle påvirke dødstidspunktet. Verdens helseorganisasjon beskriver også palliativ pleie som en metode som ser på døden som en naturlig prosess i livet, men samtidig ikke skal framskynde eller forsinke døden (WHO, 2015). Beboerne sier at det er viktig ”få lov til dø”, og det noe man kan reagere på. Tankene rundt dette fører i retning av de pårørende. Som Aakre (2015, s.50) forteller er det naturlig for eldre mennesker å møte døden, men ikke nødvendigvis enklere når de er i ferd med å gjøre det. Det er ikke enkelt verken for pasienten selv, men ikke minst de pårørende. Det kan være vanskelig å si farvel til noen som alltid har vært tilstede. At pårørende gir slipp og i størst mulig grad er inneforstått med situasjonen er viktig. Dette er ikke alltid like lett, men sykepleier kan støtte de pårørende gjennom denne prosessen.

6.0 Avslutning

Hvordan å best mulig bidra til en verdig død for en gammel, døende, pasient er et vanskelig spørsmål. Døden kommer en dag for alle og en hver, det er ikke å få gjort noe med. Men hvordan mennesket dør og hvordan man kan gjøre det beste ut av det, er noe sykepleieren kan bidra med. Selv om det er vanskelig å finne et fasitsvar på hva som er god palliativ pleie, har man retningslinjer, lovverk og forskrifter man kan forholde seg til. Den moralske og etiske opplæringen som kommer gjennom utdanningen gir også grobunn for grunnleggende verdier som sykepleier tar med seg inn i pleien av døende. Viktigs av alt har man gjennom forskningen i denne oppgaven vist at både pårørende og pasientene selv kan utgjøre et bidrag i det å belyse ikke bare den palliativ pleien, men også verdigheten som begrep i sammenheng med pleie av døende.

Som sykepleier på sykehjem, sitter man på hovedansvaret for å representere den profesjonelle delen av den palliative pleien, noe som er en stor utfordring både praktisk og moralsk. Ressurser som tid og økonomi vanskeliggjør muligheten for å oppnå den verdige pleien. Dette går ut over den svakeste parten, den døende gamle. Basert på artiklene, teorien og mine personlige erfaringer er det ingen tvil om at personalet, uansett om man er sykepleier eller ufaglært har en rolle som er etisk forankret i å kunne gjøre det beste for pasienten. Med tiden og midlene man har til rådighet vil man yte mest mulig for de gamle, og personlig har jeg aldri opplevd noe som skulle tilsi noe annet. Sykehjemmet er en flott arbeidsarena, der man får utfordret alle sine kunnskaper og erfaringer. Motivasjonen, ønsket og innsatsviljen for å gi verdig palliativ pleie og behandling er høy. Det gir et godt grunnlag og potensial for videre utvikling av den palliative pleien i sykehjem. Det er på tide at man på nytt retter fokus mot de døende på sykehjem og gir dem den oppmerksomheten de fortjener og har krav på.

Referanser:

Aakre, M. (2015). Verdig livsavslutning for alle. I S.Husebø (Red.), *En verdig alderdom – Omsorg ved livets slutt* (1. utg., s. 49-52). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Dalland, O. (2014). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. (5. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Dwyer, L. L., Andershed, B., Nordenfelt, L., & Ternestedt, B. M. (2009). *Dignity as experienced by nursing home staff*. *Older People Nursing*, 4 (3), 185-93. Doi: 10.1111/j.1748-3743.2008.00153.x.

Edlund, M. (2012). Vårdighet. I L. W. Gustin., I. Bergbom (Red.), *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktikk* (1. utg., s.363-373). Sverige: Studentlitteratur AB.

Eriksson, K. (1995). *Det lidende mennesket*. Forlag: Tano AS.

Forsberg, C. & Wengström, Y. (2013). *Att göra systematiska litteraturstudier*. (3.utg.). Stockholm: Natur och kultur.

Franklin, L. L., Ternestedt, B. M., & Nordenfelt, L. (2006). *Views on dignity of elderly nursing home residents*. *Nursing Ethics*, 13 (2), 130-46.

Husebø, S. (2015). Fra hospice-bevegelse til palliativ care – Hva bør navnet være? I S. Husebø (Red.), *En verdig alderdom – Omsorg ved livets slutt* (1. utg., s.39-46). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Husebø, S., Husebø, B. (2015). Omsorg ved livets slutt. I S. Husebø (Red.), *En verdig alderdom – Omsorg ved livets slutt* (1. utg., s. 21-35). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke AS.

Holter, T.E. & Mekki, T.E. (2011). *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie: Sykepleieboken 1*. Oslo: Akribe.

Husebø, S., Holm, S. M. (2015). Innledning. I S.Husebø (Red.), *En verdig alderdom – Omsorg ved livets slutt* (1. utg., s. 13-19). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Hauge, S. (2008). Sykepleie i sykehjem. I A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie – God omsorg til den gamle pasienten* (1.utg., s.219-236). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Hjort, F. P. (2010). Pleie og omsorg ved livets slutt. I A.H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie – God omsorg til den gamle pasienten* (1. utg., s.447-454). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Hov, R., Hedelin, B., & Athlin, E. (2012). *Nursing care for patients on the edge of life in nursing homes: obstacles overshadowing opportunities*. International Journal of Older People Nursing, 8 (1), 50-60. Doi: 10.1111/j.1748-3743.2011.00306.x.

Ilkjær, I. (2011). Den døende pasienten – døden som sosialt og biologisk fenomen. I I. M. Holter., T. E. Mekki (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie – Sykepleieboken 1* (4. utg., s.742-782). Oslo: Akribe

Illustrasjonsfoto: *Holding Hands*. Hentet fra Encyclopedia Britannica ImageQuest.

http://quest.eb.com/#/search/139_1970091/1/139_1970091/cite

Kalfoss, H. M (2010) Møte med lidende og døende pasienter – sykepleierens møte med seg selv. I R. Grønseth (Red.), *Klinisk sykepleie 2* (4. utg, s. 475-500). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Kaarbø, E. (2010). Journal of Clinical Nursing, 20, 1125-1132. Doi: 10.1111/j.1365-2702.2009.03171.x

Lindström, Å. U., Lindholm, L., Zetterlund, E. J. (2011). Katie Eriksson – Teorien om caritas. I M. R. Alligood (Red.), *Sygeplejeteoretikere – Bidrag og betydning i moderne sygepleje* (1.utg., s.207-233). København: Munksgaard Danmark.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. (2014, 4.oktober). *Sjekklister for vurdering av forskningsartikler*. Hentet 5.februar 2015 fra

<http://www.kunnskapssenteret.no/verktoy/sjekklister-for-vurdering-av-forskningsartikler>

Pleschberger, S. (2007). *Age and Ageing*, 36, 197-202. Doi: 10.1093/ageing/af1152

Verdighetsgarantiforskriften. (2010). Forskrift om en verdig eldreomsorg. Hentet 06.februar 2015 fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2010-11-12-1426>

World Health Organization. (2015). *WHO definition of palliative care*. Hentet 19.januar 2015 fra <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>

VEDLEGG 1 – Oversiktstabell over forskningsartikler

Artikkel referanse	Hensikt	Metode og datasamling	Utvalg	Resultat
<p>“Dignity as experienced by nursing home staff” (Dwyer et.al, 2009)</p>	<p>Å få større innblikk i hvordan ansatte på sykehjem opplever betydningen av verdighet i pleien ved livets slutt, både hos dem personlig og hos de gamle.</p>	<p>Kvalitativt beskrivende studie. Innholdsanalyse.</p>	<p>Studien er basert på intervjuer med 21 ansatte fra 4 forskjellige sykehjem i Sverige.</p>	<p>Resultatene avslører at de ansatte ved sykehjem opplever en moralsk konflikt mellom hva de har mulighet til å levere av pleie, og hva de ønsker å levere i pleien av de gamle. De opplever konflikt mellom realiteten og idealet.</p>
<p>“End-of-life care in two Norwegian nursing homes: family perceptions” (Kaarbø, 2010)</p>	<p>Målet med denne artikkelen var å rapportere en studie som ser nærmere på opplevelsene til familie og slekt som har vært tilstede rett før og rett etter døden har inntrådt (72 timer) for en pasient på sykehjem. Målet var å få øke kunnskapsnivået om familiens opplevelser, for å kunne forbedre praksisen.</p>	<p>En mixed methods design ble brukt.</p>	<p>Data ble samlet gjennom strukturerte intervju med 50 slektninger/familie medlemmer i løpet av våren 2006 og ble deretter analysert av SPSS versjon 14 og en tema-basert analyse.</p>	<p>Med noen få unntak ble kvaliteten av sykepleien som ble gitt, vurdert som profesjonell og god. Pleien ble beskrevet som støttende, individuell og basert på pasientens behov – i en trygg atmosfære og støttet opp av gode relasjoner mellom pleiere og pasient.</p>

				Informasjon og kommunikasjon mellom ansatte pårørende, ble derimot beskrevet som usystematisk og uformell. At noen pasienter endte opp med å dø alene ble en stor påkjenning for de pårørende.
“Nursing care for patients on the edge of life on nursing homes: obstacles overshadowing opportunities” (Hov et.al, 2011)	Målet med denne studien var å beskrive sykepleieres forståelse av god sykepleie, og hvordan dette kan utføres for pasienter i livets slutfase på sykehjem.	For å undersøke variasjonene i sykepleiernes forståelse, ble en fenomenologisk metode brukt. Fenomenografi er opptatt av å kvalitativt ulike måter å beskrive en fenomen. Fenomenografisk analyse ble brukt.	Fjorten sykepleiere fra to ulike sykehjem ble individuelt intervjuet to ganger.	Resultatene ble delt i 2 hovedkategorier . Den første “god sykepleie er å møte pasientens behov for verdighet”, inkluderte tre underkategorier : å være forberedt, menneskelige forhold og fysisk komfort og trygghet. Den andre ”muligheter som blir overskygget av hindringer” i forhold til det å kunne utføre god sykepleie hadde følgende underkategorier : organisatoriske faktorer, relasjonelle faktorer og personlige faktorer.
“Dignity and the challenge	Målet med denne studien var å	Denne kvalitative	Først ble det utført intervju	Betydningen av begrepet

<p>of dying in nursing homes: the residents' view” (Pleschberger, 2007)</p>	<p>utforske meningen av begrepet verdighet I forhold til utfordringer ved livets slutt basert på perspektivet til eldre sykehjemsbeboere i Vest-Tyskland</p>	<p>studien er basert på en Grounded Theory Approach, og designet inkluderte 3 ledd med data utvikling: fortellende intervju med beboerne utgjorde hovedsamlingen av data og resultat som blir presentert i denne studien. Teoretisk prøvetaking tok sikte på å maksimere variasjonen av organisatorisk og intervjupersoners karakteristikk.</p>	<p>med lederne på sykehjemmene, som samlet ble 23 personer fra 15 ulike organisasjoner. Deretter ble 20 beboere intervjuet. Til slutt diskuteres resultatene i 3 fokusgrupper med til sammen 30 deltagere resultatene.</p>	<p>verdighet ble ut i fra intervjuene delt i 2 kategorier: interpersonal verdighet og relasjonell verdighet. Sosial relasjon og kontakt var i viktige i forhold til relasjonell verdighet, noe som understreker sårbarheten til de beboerne som ikke har sosiale nettverk rundt seg. Beboerne opplevde at den største trussel mot verdigheten var sykdom og det å ha hjelpebehov. De eldre var opptatt av at de ikke ville være en byrde for personale og familie. Beboerne var også klare på at en verdig død hadde sammenheng med at man fikk dø på ”det riktige tidspunkt”. Men på grunn av religion og tro var de motstander av at dødstidspunktet skulle påvirkes på noen som</p>
--	--	---	--	--

				helst måte.
“Views on dignity of elderly nursing home residents” (Franklin et.al, 2006)	Målet med denne studien var å utforske synet på verdighet ved livets slutt blant eldre pasienter på sykehjem i Sverige.	En hermeneutisk metode ble brukt for å tolke materialet som ble samlet gjennom semi-strukturerte intervju.	12 eldre beboere på sykehjem på 2 ulike sykehjem i Sverige. Til sammen ble de utført 39 intervju. Det ble i tillegg brukt 14 tidligere studier som supplement i denne studien.	Gjennom de eldres fortellinger om pleiesituasjoner og hverdagslivet på sykehjemmet har meningen av begrepet verdighet blitt belyst og fremhevet. Det kommer frem at det var lettere for de eldre å beskrive hva verdighet var, hvis de hadde opplevd å fått den krenket eller truet. Alderdommen, med alle sine tap, kunne i seg selv oppleves som er trussel mot verdigheten.

VEDLEGG 2 - Sjekkliste for kritisk vurdering av kvalitative forskningsartikler

Spørsmålene i sjekklistene blir besvart med ja/nei/uklart. Kommentarfeltet i sjekklisten vil bare bli brukt dersom det er grunnlag for kommentar.

Dignity and the challenge of dying in nursing homes: the residents view

Spørsmål	Ja	Nei	Uklart	Kommentar
1 Er formålet med studien klart formulert?	x			
2 Er kvalitativ metode hensiktmessig for å få svar på problemstillingen?	x			
3 Er studiedesignet hensiktmessig for å få svar på problemstillingen?	x			
4 Er utvalget hensiktmessig for å besvare problemstillingen	x			
5 Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?	x			
6 Går det klart fram hvordan analysen ble gjennomført?	x			
7 Ble redegjort for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?	x			Deltakerne, altså de eldre pasientene ble anbefalt av sykehjemmets avdelingsledere. Forskerne stilte spørsmålstejn ved å ikke få velge deltakere selv. Tysk studie oversatt til engelsk.
8 Er det gjort forsøk på underbygge funnene?			x	Ingen tydelige tegn i studien på at annen forskning eller teori er trukket inn for å belyse temaet.
9 Er etiske forhold	x			Samtykket til

vurdert?				intervju ble gitt verbalt. Intervju ble avbrutt dersom det ble for emosjonelt eller slitsomt for deltakerne. Ingen etisk komité eller etiske retningslinjer oppgitt
10 Kommer det klart frem hva som er hovedfunnene i undersøkelsen?	x			
11 Hvor nyttige er funnene fra denne studien?	x			Funnene i denne studien er nyttige fordi de gir innsyn i de eldre pasientenes tanker og følelser i forhold til verdighet og død på sykehjem.

Dignity as experienced by nursing home staff

Spørsmål	Ja	Nei	Uklart	Kommentar
1 Er formålet med studien klart formulert?	x			
2 Er kvalitativ metode hensiktmessig for å få svar på problemstillingen?	x			
3 Er studiedesignet hensiktmessig for å få svar på problemstillingen?	x			
4 Er utvalget hensiktmessig for å besvare	x			

problemstillingen				
5 Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?	x			
6 Går det klart fram hvordan analysen ble gjennomført?	x			
7 Ble redegjort for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkingen av data?	x			Svensk studie oversatt til engelsk.
8 Er det gjort forsøk på underbygge funnene?				Trukket inn teoretisk materiale og annen forskning for å underbygge funnene.
9 Er etiske forhold vurdert?	x			
10 Kommer det klart frem hva som er hovedfunnene i undersøkelsen?	x			
11 Hvor nyttige er funnene fra denne studien?	x			Nyttige i forhold til forbedring av praksisen.

Views on dignity of elderly nursing home residents

Spørsmål	Ja	Nei	Uklart	Kommentar
1 Er formålet med studien klart formulert?	x			
2 Er kvalitativ metode hensiktmessig for å få svar på problemstillingen?	x			
3 Er studiedesignet hensiktmessig for	x			

å få svar på problemstillingen?				
4 Er utvalget hensiktmessig for å besvare problemstillingen	x			
5 Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?	x			
6 Går det klart fram hvordan analysen ble gjennomført?	x			
7 Ble redegjort for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?	x			Svensk studie oversatt til engelsk.
8 Er det gjort forsøk på underbygge funnene?				Teoretisk materiale og annen forskning er trukket inn for å underbygge funn.
9 Er etiske forhold vurdert?	x			
10 Kommer det klart frem hva som er hovedfunnene i undersøkelsen?	x			
11 Hvor nyttige er funnene fra denne studien?	x			Nyttig for forbedring av praksis.

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

Spørsmål	Ja	Nei	Uklart	Kommentar
1 Er formålet med studien klart formulert?	x			
2 Er kvalitativ metode	x			

hensiktmessig for å få svar på problemstillingen?				
3 Er studiedesignet hensiktmessig for å få svar på problemstillingen?	x			
4 Er utvalget hensiktmessig for å besvare problemstillingen	x			
5 Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?	x			
6 Går det klart fram hvordan analysen ble gjennomført?	x			
7 Ble redegjort for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?	x			Norsk oversatt til engelsk.
8 Er det gjort forsøk på underbygge funnene?				Teoretisk materiale og annen forskning er trukket inn.
9 Er etiske forhold vurdert?	x			
10 Kommer det klart frem hva som er hovedfunnene i undersøkelsen?	x			
11 Hvor nyttige er funnene fra denne studien?	x			Nyttige i forhold til forbedring av praksis.

End of life care in two Norwegian nursing homes: family perceptions

Spørsmål	Ja	Nei	Uklart	Kommentar
1 Er formålet med studien klart formulert?	x			

2 Er kvalitativ metode hensiktmessig for å få svar på problemstillingen?	x			
3 Er studiedesignet hensiktmessig for å få svar på problemstillingen?	x			
4 Er utvalget hensiktmessig for å besvare problemstillingen	x			
5 Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?	x			
6 Går det klart fram hvordan analysen ble gjennomført?	x			
7 Ble redegjort for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?	x			Norsk studie oversatt til engelsk
8 Er det gjort forsøk på underbygge funnene?				Teoretisk materiale og annen forskning er trukket inn.
9 Er etiske forhold vurdert?	x			
10 Kommer det klart frem hva som er hovedfunnene i undersøkelsen?	x			
11 Hvor nyttige er funnene fra denne studien?	x			Nyttig for forbedring av praksis.