

# BACHELOROPPGÅVE

## En verdig avslutning på livet

Hvordan kan jeg som sykepleier bli et bidrag til å gi pasienter som bor på sykehjem en verdig avslutning på livet?

av

Grete Åsebø

Kandidat nummer: 105

“A dignified end of life”

Bachelor i sjukepleie

SK152

29.05.2015

Tal ord: 7109

Rettleier: Toril Fjørtoft





## **Avtale om elektronisk publisering i Høgskulen i Sogn og Fjordane sitt institusjonelle arkiv (Brage)**

Jeg gir med dette Høgskulen i Sogn og Fjordane tillatelse til å publisere oppgaven «En verdig avslutning på livet» i Brage hvis karakteren A eller B er oppnådd.

Jeg garanterer at jeg er opphavsperson til oppgaven, sammen med eventuelle medforfattere. Opphavsrettslig beskyttet materiale er brukt med skriftlig tillatelse.

Jeg garanterer at oppgaven ikke inneholder materiale som kan stride mot gjeldende norsk rett.

Ved gruppeinnlevering må alle i gruppa samtykke i avtalen.

Fyll inn kandidatnummer og navn og sett kryss:

Kandidatnr: 105. Grete Åsebø

JA  NEI

*«Plikten mot oss selv består i at vi mennesker bevarer menneskehetens verdighet i vår egen person».* Imanuel Kant (Holm og Husebø, 2015).

## Forord

Med et økende antall eldre vil det medføre flere dødsfall på sykehjem. Det er derfor viktig med fokus på en verdig livsavslutning, at det er nok kvalifisert personale som kan være der å ta imot pasient og pårørende. Holm og Husebø (2015) sier at eldreomsorg må løftes opp fra et nødvendig onde til et strålende eksempel på menneskelig og faglig solidaritet. Nøkkelordene er å bry seg, holdninger, kompetanse, kunnskap og forskning.

Ved å skrive en oppgave om dette temaet, har jeg lest og satt meg inn i mange forskjellige problemstillinger som jeg vil komme til å møte i min nye arbeidsdag som sykepleier. Det å møte døden kan være skremmende for mange pårørende, hvordan de opplever den kan være med å påvirke sorgprosessen videre. Det er derfor viktig at jeg som sykepleier kan og vet hvordan jeg skal møte både den døende og pårørende.

# Sammendrag

## Tittel:

En verdig avslutning på livet.

## Bakgrunn for val av tema:

Jeg har i flere år jobbet på sykehjem og har sett både verdige og mindre verdige avslutninger på livet. Med et økende antall eldre, vil det være nødvendig med fokus på hvordan de skal oppleve sine siste dager og timer. Det krever både økt kompetanse og at vi er bevist på hvordan vi behandler både pasienten og pårørende.

## Problemstilling:

Hvordan kan jeg som sykepleier bli et bidrag til å gi pasienter som bor på sykehjem en verdig avslutning på livet?

## Framgangsmåte:

Jeg har ved bruk av forskningsartikler, bøker fra pensum og annen relevant litteratur, samt egne erfaringer fra jobbsammenheng, gjort en litteraturstudie.

## Oppsummering av funn og konklusjon:

Med et stadig økende antall eldre i årene som kommer, er det viktig med en grunnleggende kunnskap om pleie av døende, for å kunne gi pasienten en verdig avslutning på livet. En forutsetning for å gjøre den siste fasen så god som mulig er at vi som personale har respekt for pasient og pårørende. Med fokus på god smertelindring, trygghet for at pasienten slipper å være alene siste tiden, unødig livsforlengende behandling og det å ivareta både pasient og pårørende er viktige temaer.

## Summary in English

### **Title:**

A dignified end of life

### **Background for choice of topic:**

Working in a nursing home for several years, I have seen both dignified and less dignified ends of life. Norway has an ageing population, and a focus on the elderly's experience of their final days and hours is therefore of great importance. This focus requires an increase in competence as well as awareness on how the patient and their next of kin are to be treated.

### **Research question:**

How can the nurse facilitate a dignified end to life to nursing home patients?

### **Methods:**

This is a literary study based on literature from research articles, books from the syllabus and other relevant literature, in addition to my work experience within the nursing profession.

### **Summary of findings and conclusion:**

With a rising number of elderly in the Norwegian society, fundamental knowledge on palliation is important in order to give the patient a dignified end of life. A prerequisite in order to facilitate the final phase is that the staff respect the patients and their next of kin. Functioning palliation, assurance that the patient is spared from being alone in the final phase, unnecessary life prolonging treatment and attending to the next of kin are also important topics.

## Innhold

1 Innledning.....	1
1.1. Problemstilling.....	2
1.2. Avgrensing .....	2
1.3. Oppgaven videre .....	2
2 Metode .....	3
2.1. Søkeprosessen.....	3
2.2. Andre litterære kilder .....	4
2.3. Kildekritikk .....	5
3 Teoridel.....	6
3.1. Virginia Henderson(1897-1996) .....	6
3.2. Palliativ pleie på sykehjem .....	6
3.3. Etikk .....	9
3.4. Verdighet .....	10
3.5. Kommunikasjon med pasient og pårørende .....	11
4 Drøfting.....	13
4.1. Sykehjemmet som arena for trygghet og palliasjon .....	13
4.2. Kommunikasjon med pasient og pårørende .....	14
4.3. En verdig avslutning på livet.....	17
5 Konklusjon .....	18
Litteraturliste.....	19
Vedlegg.....	21

## 1 Innledning

Det å skulle ta seg av de døende er utfordrende og kan by på mange sterke opplevelser. Det å skrive en bacheloroppgave om dette temaet vil være med å gjøre meg bevist på både hvordan jeg behandler pasienten og hvordan jeg møter pårørende.

I følge Bjørndalen og Gjeberg (2007) skjer 40 % av alle dødsfall i Norge på sykehjem. Mange av disse vil ha behov for god pleie den siste levetiden og andelen vil trolig øke. Hvordan behandling, pleie og omsorg ved livets slutt foregår, er det med få unntak i Norge lite systematisk kunnskap om hevder Holm og Husebø (2015). Hospiceforum Norge (2013) sier videre at med samhandlingsreformen, som ble innført 1. januar 2012, har kravet til kommunene om å ta imot utskrivningsklare pasienter fra første dag medført økt press både på sykehjemmet og hjemmesykepleien. Kommunen bestreber seg på å ta imot pasientene så fort som mulig for å hindre bøter. Dette fører gjerne til at pasientene føler lite verdighet når de blir transportert mellom sykehus og sykehjem. Det kan være de siste timene før de dør eller de dør gjerne i ambulansen på veien.

Vi har alle en iboende verdighet, som ingen kan ta fra oss. Max Frisch uttrykker det i Holm og Husebø (2015) «*Verdighet betyr frihet til å kunne velge*». Med tanke på at det blir flere eldre og dermed flere med demens, eller når pasienten blir bevistløs og nærmer seg døden, vil de være avhengig av vår omsorg, der vi gjerne må velge for dem. Etter å ha jobbet i flere år på sykehjem som hjelpepleier, har jeg vært med på flere dødsfall. Noen har de nærmeste hos seg, men ikke alle har noen som kan sitte ved sengen og holde hånden. Det er viktig at disse pasientene ikke blir nedprioritert i en hektisk hverdag, men får god og omsorgsfull pleie ved livets slutt (Norsk sykepleierforbund, 2012). Jeg føler at de siste dagene og timene er en viktig tid både for pasient og pårørende.

Det har mye å si at pasienten får bli værende på sykehjemmet når han blir dårlig. Det at pleiepersonalet kjenner pasienten og vet hvordan han liker å ha det, vil føles tryggere for pasienten også. Det å være i kjente omgivelser er spesielt viktig for de demente pasientene. Men med knappe resurser og trang kommuneøkonomi blir det gjerne ikke nok tid til de døende. Pårørende kan ofte oppleve å bli sittende alene ved den døendes seng, mens en pleier stikker hode innom for kort å høre hvordan det går (Holm & Husebø, 2015).



## **1.1. Problemstilling**

Hvordan kan jeg som sykepleier bli et bidrag til å gi pasienter som bor på sykehjem en verdig avslutning på livet?

## **1.2. Avgrensning**

På grunn av oppgavens omfang vil det være nødvendig å avgrense problemstillingen til at den omhandler etnisk norske pasienter over åtti år som bor på sykehjem i den døende fasen. Jeg vil ikke fokusere på diagnoser og sykdom. Jeg vil kun nevne medisiner som blir brukt i denne fasen, jeg vil ikke gå nærmere inn på dosering og virkningen av denne. Oppgaven skal ha mer fokus på min rolle som sykepleier.

## **1.3. Oppgaven videre**

I metodedelen går jeg nærmere inn på hvordan jeg fant litteraturen og hvordan jeg kvalitetssikrer den for best mulig resultat. I teoridelen har jeg brukt fagstoff fra pensum, der jeg tar for meg emner knyttet opp til problemstillingen min. I oppgaven videre tar jeg utgangspunkt i Virginia Henderson (1897-1996) sin sykepleieteori. Videre i drøftingsdelen har jeg brukt forskningsartiklene og fagstoffet jeg har samlet, og diskutert det opp mot problemstillingen. Ut ifra funn i drøftingsdelen har jeg skrevet en konklusjon.

## 2 Metode

Jeg har i denne oppgaven gjort en litteraturstudie, ved bruk av fire forskningsartikler, bøker fra pensum, lovverk og to fagartikler, samt i drøftingsdelen har jeg nevnt egne erfaringer fra jobbsammenheng. Dette er en studie basert på relevant litteratur rundt en valgt problemstilling. For å få et godt resultat, har jeg sammenfattet kildene og diskutert. I følge Dalland (2012) er drøfting en viktig del av oppgaven og for å komme til en konklusjon må det drøftes rundt problemet. Jeg brukte derfor forskningsartikler og diskuterte problemstilling opp mot pensumlitteratur og andre litterære kilder for komme til en konklusjon. Siden jeg har brukt en litteraturstudie er det kvalitativ metode som er brukt i artiklene. Den brukes gjerne for å fange opp mening og opplevelse som ikke lar seg tallfeste eller måle slik som i kvantitativ studie. I kvalitativ studie går man mer i dybden, der forsker har direkte kontakt med feltet gjennom intervju. Ulike kvalitative forskningsmetoder blir gjerne brukt for å finne ut noe om pasienters og helsepersonells opplevelser eller oppfatning av sykdom og helsetjenester, eller hvordan de kommuniserer seg i mellom (Dalland, 2012).

### 2.1. Søkeprosessen

For å finne forskningsartikler, har jeg søkt i databaser via Høgskolen sitt bibliotek. Først i søkeprosessen gikk jeg til svemedplus.kib.ki.se, der jeg brukte søkeordet «*verdige død*», og fikk 2 treff. Bjørndal og Gjerberg (2007) sin artikkel «*Hva er en god død i sykehjem?*» svarte til problemstillingen min, de har foretatt en undersøkelse basert på en intervjuguide med fem åpne spørsmål der personer med forskjellige stillinger innen pleie deltok. Fire sentrale temaer som kom frem var, god smerte- og symptomlindring, slippe å være alene, at pårørende blir godt ivaretatt og at det ikke blir iverksatt unødvendig livsforlengende behandling.

For å få søket spesifikt opp mot sykehjempasienter, brukte jeg på SveMed søkeordene «*nursing homes death*» og fikk 58 treff på. Ved å lese gjennom to artikler som omhandlet mitt tema, valgte jeg Nyrønning og Wille (2012) sin artikkel «*Omsorg og behandling ved livets slutt i sykehjem*». Her fikk undervisningssykehjem i Trondhjem og Bergen i oppdrag fra Sosial- og helsedirektoratet om å utvikle og utprøve ulike modeller for omsorg og behandling ved livets slutt i sykehjem.

Prosjektmedarbeiderne bestod av hjelpepleiere og sykepleiere fra sykehjemmene, de skulle være en ressurs for de andre kollegaene på arbeidsplassen og deltok i et eget kompetanseprogram med blant annet hospitering i palliative avdelinger både i spesialhelsetjenesten og i kommunehelsetjenesten. Prosjektmedarbeiderne deltok aktivt i en systematisk, stegvis og deltagerstyrt arbeidsprosess som munnet ut i et forslag til standarder for omsorg ved livets slutt i sykehjem.

Videre i søkeprosessen min gikk jeg til helsebiblioteket.no som er en nasjonal lenkeportal for helseinformasjon, ved å gå inn på uptodate.com og der jeg brukte søkeordene «*A dignified death*», fikk jeg ni treff. Den som var mest aktuell i forhold til problemstilling var «*The last hours and days of life*». I denne kvalitative artikkelen fra USA, med Bailey og Harman (2014), tar de for seg når pasienten er gått over til den døende fasen, der målene for omsorg da bør være å opprettholde fysisk komfort, lindre følelsesmessig, åndelig og sosial nød for pasient og pårørende. Den tar for seg symptomer for palliative pasienter, samt en oversikt over hvordan en håndterer smerte til palliative pasienter. I tillegg tar de også for seg problemstillinger rundt det å stoppe enteral og parenteral ernæring og hydrering.

Ved å søke videre på Up to date med søkeordene «*Etical issues and palliativ care*», fikk jeg tre treff. Det at jeg brukte ordet etical i forbindelse med palliative care, var med tanke på at det etiske er et sentralt tema i problemstillingen jeg har valgt. Ved å lese gjennom Fromme og Smith (2014) sin artikkel «*Etical issues in palliativ care*», vurderte jeg den som aktuell i oppgaven min. De tar for seg hva etiske problemstillinger kan være, hvor mye og hva slags behandling er fornuftig for noen med begrenset levetid. Det er ofte konflikter mellom leger, sykepleiere, pasienter og pårørende om hva som utgjør riktig behandling, særlig når pasienten nærmer seg døden.

## 2.2. Andre litterære kilder

For å finne annen litteratur brukte jeg nettsiden til sykepleien.no, og med søkeordene «*En verdig død*», fikk jeg fem treff, valgte her to artikler som er relevant for temaet mitt. «*Gi eldre en verdig død*», den har fokus på kompetanseheving, standardiserte rutiner for kommunikasjon og symptomlindring, brukermedvirkning og involvering av pårørende. Den andre artikkelen er «*Tiltaksplan for døende*», tar for seg bruk av Liverpool Care Pathway (LCP), som er en internasjonal anerkjent tiltaksplan som skal kvalitets sikre omsorgen for døende og deres pårørende. En annen nettside jeg brukte var sykepleieforbundet.no, med FN sin erklæring om døendes rettigheter og artikkelen: «*Døden skal være en verdig avslutning på livet*». Videre har jeg nyttet meg av nettsider som hospiceforum.no og regjeringen.no for å sette lys på samhandlingsreformen og ved å bruke lovdata.no viser jeg til pasientenes rettigheter og helsepersonellens plikter. Videre søkte jeg på bibsys.no med søkeordene «palliasjon», «verdig død» og «kommunikasjon», der fikk jeg flere treff på bøker som hadde fokus på mitt tema: «Palliasjon», «Sorg», «Kommunikasjon i relasjoner» og «Sykepleieteorier». Jeg har også brukt pensumbøker fra studiet mitt. For å få belyst viktige tema som

verdighet og hvordan vi møter døden, valgte jeg Holm og Husebø (2015) sin bok «En verdig alderdom». Jeg har brukt APA-malen og Eriksons (2010) «Riktig kildebruk» ved referering.

### **2.3. Kildekritikk**

Det er viktig å bruke oppdatert faglitteratur i følge Dalland (2012). Ved at jeg har brukt litteraturstudium, har jeg brukt skriftlige kilder som allerede eksisterer. Jeg har valgt å bruke minst mulig forskningsartikler og annet litterært stoff som ikke er eldre enn ti år, men de jeg likevel har valgt å bruke er fortsatt aktuell teori i dag. Artiklene jeg har brukt i oppgaven min er kvalitative studier. Det at to av artiklene er fra USA kan bety at de ikke er relevant for oppgaven min, men fokuset i artiklene på å ivareta pasient og pårørende viser seg å være det samme som i de norske artiklene. Jeg har lest og vurdert i hvilken grad teoriene og forskningsresultatene jeg har funnet passer til min problemstilling og hva de belyser. Ved bruk av sekundærlitteratur, det vil si at en annen en den opprinnelige forfatteren har bearbeidet teksten og presentert den, må jeg være bevist på at det opprinnelige perspektivet kan endre seg. I oppgaven min har jeg brukt sekundærlitteratur for å beskrive Virginia Henderson sin sykepleieteori, som er fra pensumboken til Kristoffersen, Nortvedt og Skaug (2005b). Dette gjelder også de engelske artiklene jeg har brukt, der innholdet i artiklene kan ha endret seg ved at jeg har omsatt og tolket til norsk.

## 3 Teoridel

### 3.1. Virginia Henderson(1897-1996)

Virginia Henderson sin sykepleieteori tar utgangspunkt i sykepleierens ansvar for å ivareta grunnleggende behov, når menneskets egne ressurser ikke strekker til på grunn av sykdom og helsesvikt (Kirkevold, 1998). Hun ser på det å skulle ta seg av de døende som utfordrende og at det kan by på mange sterke opplevelser. Sykepleiedefinisjonen hennes viser til gjøremål som er nødvendig for helse, helbredelse eller en fredfull død, hun ser på kropp og sjel som nær knyttet til hverandre (Kristoffersen et al., 2005b). Og sier videre at den enkelte pasient har krav på en individualisert pleie og omsorg. Hendersons definisjon av sykepleierens funksjon/ansvarsområde:

Sykepleierens særegne funksjon er å hjelpe personen, syk eller frisk, i utførelsen av de gjøremål som bidrar til god helse eller helbredelse (eller til en fredfull død), noe han ville gjort uten hjelp om han hadde tilstrekkelig krefter, kunnskaper og vilje, og å gjøre dette på en slik måte at personen gjenvinner uavhengighet så fort som mulig (Henderson i Kirkevold, 1998, s.119).

Det er viktig at sykepleieren tenker på at behovene oppleves forskjellig fra person til person for å kunne ivareta disse. Sykepleieren må derfor skaffe seg kjennskap til hvordan pasienten opplever sine behov, og hvordan disse best kan tilfredsstilles (Kristoffersen et al., 2005b).

### 3.2. Palliativ pleie på sykehjem

Sykehjemmet er en institusjon som tilbyr heldøgns pleie der beboerne tilbringer hele døgnet i institusjonen, de sover, spiser og har sin fritid på samme sted. Her skal det skapes et hjemlig miljø der beboerne skal trives og bli ivaretatt. Lovverk som er med og regulerer dette er:

- kommunehelsetjenesteloven
- pasientrettighetsloven
- helsepersonelloven
- forskrifter om kvalitet i pleie- og omsorgstjenesten

(Kirkevold, Brodtkorb & Ranhoff, 2010, s.222)

I pasientrettighetsloven (Lovdata, 2011) er det beskrevet hvilke rettigheter pasienten har. Viktige sider ved loven er rett til helsehjelp, rett til medvirkning og informasjon og rett til samtykke om

helsehjelp. Lovens intensjon er at hjelpen som tilbys, skal være faglig forsvarlig og tilpasset den enkeltes behov.

I Norge dør 48 % på sykehjem og 32 % på sykehus. For bare 100 år siden døde de fleste hjemme, døden var privat og de fleste hadde erfaring med døden. I dag føler ofte familien seg utrygg på grunn av mangelfull erfaring med døden (Holm & Husebø, 2015). Det kan være vanskelig å fastslå om pasienten er døende siden det ofte er stor individuell variasjon på hvor lenge dødsfasen varer. I tillegg vil det gjerne ha sammenheng med hvordan helsetilstanden til pasienten var før vedkommende gikk inn i den døende fasen i følge Kaasa (2007). Han sier videre at det å stille diagnosen «pasienten er døende» er viktig fordi det vil få konsekvenser for både pårørende, institusjonen (pasienten bør ikke flyttes) og for den videre behandlingen. Det bør gis informasjon til pårørende, dersom de har bedt om innblikk, om at pasienten er døende. Fysiologiske tegn som kan bety at døden nærmer seg kan være:

- Bevissthetstilstanden svekkes gradvis og går over i bevisstløshet. Noen har vekslende klare øyeblikk. Andre kan være plaget av kraftig uro og angst. Respirasjonen kan være ujevn, noen ganger med dyp, rask pust som glir over i lange pauser, som blir kalt Cheyne-Stokes' respirasjon. Respirasjonen kan være fulgt av ralling fra luftveiene.
- Samtidig som pasienten svetter, er huden kald og klam å ta på. Kulden starter først på hender og føtter og brer seg til hele kroppen.
- Huden kan se blåfarget eller blek ut, med voksaktig preg.
- Ansiktet får et innsunket preg, særlig i kinnene og øynene, nesens tremer mer markant frem.
- Musklene i kroppen blir gradvis slappe.
- Kontrollen over lukkemuskler blir borte.
- Urinproduksjon opphører.
- Ødemer i de laveste partier av legemet tiltar.
- Pulsens blir gradvis svakere til den ikke lenger føles

(Kristoffersen, Nortvedt & Skaug 2005a, s.301).

Videre sier Kristoffersen et al. (2005a) at på grunn av sirkulasjonssvikt og videre organsvikt når oksygentilførselen avtar, inntreer tegn som beskrevet. Hørselen er den siste sansen som forsvinner, en kan derfor oppmuntre de som sitter med den døende, til å snakke med vedkommende. I noen tilfeller kan den døende våkne til, snakke og gjerne be om mat, for så å dø like etterpå.

Når det nærmer seg slutten for pasienten, vil de i økende grad ikke orke å ta til seg mat eller drikke. Dette vil i liten grad plage dem og det er en viktig del av dødsprosessen. De kan føle tørste fordi de puster gjennom munnen, og slimhinnene blir uttørkede og gjerne med infeksjoner. Det er derfor viktig med godt munnstell, fukting av lepper, munn og svelg. Dette kan være en oppgave som pårørende kan gjøre som det kan kjøpes godt å få lov å utføre for sine kjære (Holm & Husebø, 2015). De sier videre at mot slutten kan pasienten få mye slim i luftveiene, da blir det gjerne brukt sug. Men det viser seg at det gjerne medfører mer slim og blødninger. Sekretet sitter oftest for langt ned i bronkiene til at vi kan nå det med suget, da må det brukes trakeasug og det medfører ofte ubehag for pasienten. Bruk av nesekateter når pasienten sliter med pusten gir liten effekt. For å få effekt må en bruke maske, men svært få ønsker å dø med en slik maske, det mest effektive ved akutt pustenød er morfin i følge Holm og Husebø (2015).

Verdens helseorganisasjon (WHO) sin definisjon av palliasjon er aktiv behandling, pleie og omsorg for pasienter med uhelbredelig sykdom og kort forventet levetid. Lindring av pasientens fysiske smerter og andre plagsomme symptomer står sentralt, sammen med tiltak rettet mot psykiske, sosiale og åndelige/eksistensielle problemer (Helsedirektoratet, 2015). I følge Kaasa (2007) er målet med all lindrende behandling, pleie og omsorg er best mulig livskvalitet for pasienten og de pårørende.

Ved å ta i bruk symptomkartleggingsskjema, internasjonalt anerkjente tiltaksplaner som LCP (Lillemoen, Velund & Østensvik, 2011. Vedlegg 1.) eller Edmonton Symptom Assessment Scale (ESAS, vedlegg 2), kan være med å kvalitetssikre omsorgen for døende og deres pårørende i følge Nyrønning og Wille (2012). For å sikre god smertebehandling til demente, kan et MOBID-2 smerteskala skjema være til hjelp (Husebø, 2009. Vedlegg 3). Alle skjemaene er viktig dokumentasjon som supplement til at andre utredninger og funn, alle sykepleiere som gir helsehjelp må derfor føre journal, i følge Molven (2010). Lillemoen, Velund og Østensvik (2011) gjør rede for et prosjekt som tar for seg bruk av disse skjemaene. De sier at personalet som var med på deres prosjekt, opplevde at fokus på kartlegging førte til bedre symptomlindring for pasientene. Dette var mest sannsynlig fordi skjemaet fungerer som et kommunikasjonsmiddel helsepersonell i mellom.

I følge Nortvedt (2012) er det mer belastende og krever bedre argument å avslutte en påbegynt behandling enn å unnlate å sette i gang en behandling. Psykologisk opplever helsepersonell det å avslutte en behandling som mer aktivt; for eksempel at man fjerner pustestøtte eller seponerer

væsketilførsel. Det oppleves gjerne slik fordi det å avslutte et tiltak krever en aktiv inngripen, mens det å ikke gripe inn er mer indirekte og dreier seg om å avstå fra å handle. I andre sammenhenger vet vi fra jussen og etikken at ikke å gjøre noe er også å handle. For å starte livsforlengende behandling må en, ut fra en medisinsk og helsefaglig vurdering, vite hva som er til pasientens beste, eller hva ville pasienten selv ønsket? Dersom dette er usikkert, startes behandling inntil behandlingens nytte er avklart. Seponering av medisiner blir ikke sett på som aktiv dødshjelp, men der medisinsk behandling er uten nytte er det bedre å fokusere på god pleie og omsorg isteden, sier Nortvedt (2012).

Lindrende medikamenter som kan brukes de siste dager og timer:

- Morfin - Dyspnè, smerte
- Scopolamin (ev. Robinul) – Dødsralling, sekretproduksjon, terminal ileus
- Haldol – Kvalme, brekninger, delir
- Dormicum – Panikk, angst, uro, nødsituasjoner
- Novalgine – Smerte, feber

(Holm & Husebø, 2015, s.31)

De sier videre at det er viktig at alle som jobber med palliativ pleie har grunnleggende kompetanse til å bidra til optimal omsorg. Det for å kunne bidra til en optimal lindring av symptomene mange har ved livets slutt. Det at vi kjenner og er informert om pasienten, og når verdig livsavslutning er blitt det sentrale mål, må vi som fagpersoner ta ansvar og etablerer en god palliativ plan.

### 3.3. Etikk

Det å lytte til pasientens opplevelse og hva han eller hun ønsker er et av de viktigste etiske hensyn i palliasjon. Det er gjerne «de små ting» og den daglige omtanken som er viktig, det at sykepleieren formidler forståelse av hvordan det er å leve med smerte. Omsorg og omtanke uttrykkes i blikk og håndlag i følge Nortvedt (2012). De fire viktigste etiske prinsippene i sykepleien er velgjørenhet, ikke skade, autonomi og rettferdighet. Velgjørenhetsprinsippet er tanken om å ville gjøre det beste for pasienten. Ikke skade-prinsippet er et prinsipp for godt håndlag og sinnelag, med fokus på skånsomhet og omtanke i pleiebehandlingen. Det kan dreie seg om hvilke behandling, livsforlengende antibiotikabehandling, respiratorbehandling eller om pasienten skal ha HLR for eksempel. Derimot mener leger og sykepleiere at det kan være direkte misvisende med et livstestamentet, pasienten kan endre mening når livssituasjonen endrer seg. Det hevdes videre at legens helsefaglige skjønn i de fleste situasjoner er tilstrekkelig for å ivareta pasientens beste sier



Nortvedt (2012). Han sier videre at autonomiprinsippet går ut på at pasienten, viss han eller hun er kompetent til å ta egne valg, selv skal bestemme over sin behandling og pleie, inkludert retten til å nekte slik hjelp. Rettferdighetsprinsippet tar for seg at pasienten skal ha lik rett til omsorg avhengig av deres pleie og medisinske behov, men uavhengig av deres sosiale status, kjønn, rase og påtrykk fra familie og sosiale nettverk.

FN har utarbeidet en erklæring om den døendes rettigheter (Norsk Sykepleierforbund, 2012). Disse rettighetene omhandler mange av de sentrale verdier i livets slutfase. Dette er tydelige anbefalinger, som helsepersonell og ledere bør legge vekt på i sine vurderinger i møte med pasienten.

Jeg siterer noen av punktene i erklæringen:

- *Jeg har rett til å bli behandlet som et levende menneske til jeg dør*
- *Jeg har rett til å beholde et håp selv om målet for det endrer seg*
- *Jeg har rett til å gi uttrykk for mine tanker og følelser omkring min forestående død på min egen måte*
- *Jeg har rett til å delta i avgjørelser som gjelder behandling av meg*
- *Jeg har rett til å slippe å dø alene*
- *Jeg har rett til smertelindring*
- *Jeg har rett til å få hjelp av og for min familie til å akseptere min død*
- *Jeg har rett til å få dø i fred og med verdighet*
- *Jeg har rett til å bli behandlet av omsorgsfulle, medfølende, kyndige mennesker som vil prøve å forstå mine behov og som vil oppleve det som givende å hjelpe meg å møte min død.*

*(Norsk sykepleierforbund, 2012)*

### **3.4. Verdighet**

Ordet verdighet blir brukt i mange sammenhenger uten at det alltid blir reflektert over hva det betyr. Det er en utfordring for de som jobber i helsevesenet å yte pleie, omsorg og behandling på en måte som ivaretar den enkeltes integritet og verdighet. De som er spesielt utsatte for trusler og krenkelser av sin integritet er eldre, hjelpetrengende mennesker.

- de er avhengige av pleiepersonalets hjelp, tid, kompetanse og personlige holdninger.
- alderdomstegn, sykdom og funksjonssvikt kan stå i veien for at hjelperen ser personen som den han eller hun er og har vært.
- hjelpere har adgang til den eldre sitt rom eller hjem, uten at den gamle kan kontrollere når og hvor ofte de kommer.
- de har ikke nødvendigvis den styrke og kraft som gjør at de kan motstå andres maktbruk

(Kirkevold et al., 2010, s.92)

Holm og Husebø (2015) sier at i møte mellom mennesker oppstår verdighet som bekreftes eller krenkes, verdighet er hva vi gir eller får i møte med den andre. De eldre kan bli demente eller de mister bevisstheten når de nærmer seg døden, evnen til å kommunisere blir borte og de har da ikke lenger autonomi, de blir avhengige av at vi tar valg for dem. Det er derfor viktig at vi har lover og forskrifter som skal sikre rettighetene til personer som er avhengig av pleie og omsorg. Jeg viser til «verdighetsgarantien» som er en forskrift om en verdig eldreomsorg, den trådte i kraft 12. november 2010, den har som mål å sikre eldre en verdig omsorg, lindrende behandling og en verdig død (Helse- og omsorgsdepartementet, 2010).

### 3.5. Kommunikasjon med pasient og pårørende

Røkenes og Hanssen (2009) sier at i arbeid med mennesker er det viktig og nødvendig med kommunikasjon, og her må en tenke på at informasjon er å snakke *til* folk mens kommunikasjon er å snakke *med* folk. I følge Kirkvold og Ekern (2010) er det ikke bare den som er syk som rammes når man blir hjelpeavhengig men hele den nærmeste familien. Det er ulike måter å kommunisere på, og når evnen til kommunikasjon hos pasienten er redusert, kan berøring føre sykepleier og pasient nærmere hverandre. Dette gjelder særlig for alvorlig syke og døende og for personer med nedsatt sansevne. Ved demens og forvirringstilstander der gjerne evnen til kommunikasjon er redusert, er det naturlig å røre ved den andre under samtale, hevder Eide og Eide (2007).

Tillit og trygghet er en grunnleggende forutsetning for god kommunikasjon. Noen ganger blir ikke samtalen som man ønsket, det kan da være en løsning å avtale neste samtale med konkret planlegging av tidspunkt og deltakere i følge Holm og Husebø (2015). De sier videre at når pasienten har samtykkekompetanse er det en etisk plikt å etablere informert samtykke. Det vil si at vi åpent, reflektert og lyttende gir en beskrivelse av situasjonen, hvilke behandlingsmuligheter som er aktuelle i situasjonen, hvordan konsekvensene og framtidsutsiktene er. Det er viktig at vi gjør dette på en

måte som pasienten forstår. Kirkevold et al. (2010) sier at pasienten bør i god tid få vite at prognosen er slik at når det går mot døden så er de forberedt. Det kan være vanskelig å vite når en skal fortelle det til pasienten, men det viser seg at de fleste er forberedt og takknemlige over å få vite utsiktene.

I pasientrettighetsloven (Lovdata, 2011), står det at «*alle pasienter har rett til informasjon og medvirkning i behandlings- og pleiespørsmål som angår dem selv. Pårørende skal involveres i beslutningsprosessen, der pasienten ikke er samtykkekompetent*» Om pasienten har samtykkekompetanse eller ikke, er det helsepersonell som skal vurdere. Beslutninger om pleie og behandling er helsepersonellet ansvarlig for, og det at pasient og/eller pårørende blir tatt med på disse (Rykkje & Hansen, 2010). Det kan være naturlig å ta opp beslutninger om å ikke foreta hjerte- og lungeredning (HLR minus). Det reiser etiske utfordringer på mange områder, som informasjons- og dokumentasjonsplikt. I Norge er det behandlende lege som har hovedansvaret for HLR minus beslutning, ikke de pårørende. Dette går tydelig frem i *Lov om pasient- og brukerrettigheter (Lovdata, 2008, § 4-6)*.

Noe av det vanskeligste i livet er å miste noen som står en nær. Når vi mister noen vi er glad i, vil det utløse sterke og dype følelser i følge Renolen (2008). Mange sørgende kan ofte være skuffet over ting som er gjort eller som burde blitt gjort, det kan komme ut som sinne og frustrasjon. Anklagene kan virke urimelige, men sinne er naturlig i sorg, det er derfor viktig å ta en samtale etter at sinnet har lagt seg, for å klare opp i situasjonen sier Renolen (2008). Det er viktig at personalet formidler trygghet, ikke tom rutine, slik at pasient og pårørende føler seg spesielle og møter omsorg på sine premisser (Kirkevold et al., 2010).

Det blir hevdet at vi er blitt fremmedgjort for døden. Sykdom og død er blitt gjemt bort på sykehus eller sykehjem, der stell og omsorg er blitt utført av profesjonelle hjelpere. Det er derfor viktig at pårørende kan få være aktive i stell og ritualer rundt døden om de ønsker det i følge Bugge, Eriksen og Sandvik (2003). Det at vi er blitt et flerkulturelt samfunn utfordrer helsepersonellet, både når det gjelder å kjenne til religion og kultur. Hver kultur har sitt rituelle mønster som ivaretar den dype krisen som døden representerer for dem. For at dødsritualet skal foregå på en kulturelt og religiøs tilfredsstillende måte, må gjerne helsepersonell bistå med å finne personer fra de pårørendes egen kultur, som for eksempel tolk (Kaasa, 2007).

## 4 Drøfting

### 4.1. Sykehjemmet som arena for trygghet og palliasjon

Det er i Norge forventet en særlig økning blant eldre i årene som kommer, de store etterkrigskullene blir nå pensjonister. Endringer i befolknings sammensetning og familiestruktur særlig i vestlige land, medfører i følge WHO en rekke helsepolitiske økonomiske og etiske utfordringer i eldreomsorgen. WHO hevder videre at de eldre sitt behov i sluttfasen av livet ikke blir ivaretatt godt nok (Rykke, 2010). Siden jeg har jobbet i mange år på sykehjem, har jeg opplevd flere dødsfall blant beboerne. Det kan noen ganger oppleves vanskelig å skulle ta var på både pasient og pårørende, siden de er i den mest sårbare fasen i livet. For å kunne møte disse utfordringene senere, har jeg ved å skrive om døende satt meg inn i flere problemstillinger rundt dette temaet. For at pasienten skal oppleve en verdig død på sykehjemmet, er det mange ting som er med og påvirker det.

I følge Bjørndal og Gjerberg (2007) og Nyrønning og Wille (2012) sine artikler er det fire temaer som blir nevnt som viktige, som god smerte- og annen symptomlindring, trygghet, livsforlengende behandling og forholdet til pårørende. Bjørndal og Gjerberg (2007) og Nyrønning og Wille (2012) sier i sine artikler at bemanningen på sykehjem per 2006, består en tredel av de ansatte som jobber i pleien som ufaglærte personer uten fagutdanning. Ut fra min erfaring fra sykehjemmet jeg jobber, er det mange ufaglærte og de har naturlig nok ikke den kunnskap om pleie ved livets slutt som faglærte har, og det kan gå utover både pasienter og pårørende. Kompetanse er en forutsetning for å sikre høy faglig kvalitet i sykehjem i følge Nyrønning & Wille (2012).

Et av punktene i FN sine anbefalinger er «*Jeg har rett til smertelindring*», men der stiller jeg spørsmål om pasientene alltid blir smerte-lindret? Et av problemene i forhold til smertelindring tar både Nyrønning og Wille (2012) og Bailey og Harman (2014) for seg, der de sier at de fleste sykehjem ikke er døgnbemannet med leger og det kan derfor ta lang tid før pasienten får smertelindring. Det oppstår ofte smerte, kvalme, angst og støyende sekret fra luftveiene og for pårørende kan det oppleves vanskelig å se sine nærmeste lide slik. De hevder i begge artikler at det derfor er viktig at det planlegges i forhold til symptomlindring ved livets slutt, at leger foreskriver nødvendig medikament «ved behov», for å ha det tilgjengelig slik at pasienten skal slippe å vente.

Nyrønning og Wille (2012) sier at et godt hjelpemiddel kan være å bruke ESAS, et skjema som skal kartlegge symptom i den siste fasen. I tillegg kan man på demente pasienter bruke MOBID-2

smertelindringsskjema. Ved dødsfall på sykehjemmet jeg jobber, har det blitt brukt LCP, dette er også et symptomkartleggingsskjemaskjema, men det er ikke rutine ved bruk av det. Det kan gjerne føre til at de pasientene der dette ikke blir brukt, kan få dårligere oppfølging av prosedyrer og smertelindring ved livets slutt. Ved å være bevist på å bruke slike skjema, vil en derimot kvalitetssikre omsorgen til døende og deres pårørende sier Lillemoen, Velund og Østensvik (2011). Når det oppstår situasjoner der det er vanskelig å lindre pasientens symptomer, er det gjerne noe av det som er det mest krevende for sykepleier og lege sier Nortvedt (2012). Han sier videre at det kan være et problem å balansere legemiddeldoseringen slik at man lindrer pasientens plager, men ikke forkorter livet til pasienten.

Et annet viktig punkt som kom frem både i Bjørndal og Gjeberg (2007) og Rykke (2010) sine artikler er trygghet for at pasienten skulle slippe å være alene den siste tiden, dette var viktig både for pasienten og for de pårørende. Men utfordringen her kan være når kravet om økende effektivitet i tjenesten og hensynet til enkeltmenneskes behov kommer i konflikt med hverandre, sier Nyrønning og Wille (2012). Det var også viktig at det var en fra personalet som de kjente og følte seg trygg på, noen som kjenner og vet hvilke behov pasienten har. De sier videre at mangelen på palliativ kompetanse hos personalet også kan være en utfordring i forhold til å ta vare på pasienten. Det var angsten for smerte, det ikke å få puste og det å være alene, som var noen av tankene til pasienten rundt sin forestående død, i følge Bjørndal og Gjeberg (2007), de sier videre at de fleste pasienter ikke er redd for å dø, men hvordan de dør. De er opptatt av om de dør med smerte og om det blir angstfylt. Derfor er de opptatt av smertelindring men også det å få lindret andre symptomer som pustebesvær og dødsralling.

## **4.2. Kommunikasjon med pasient og pårørende**

Med utgangspunkt i Hendersons sykepleiedefinisjon er målene for sykepleie vanligvis knyttet til at pasienten skal «gjenvinne selvstendighet, helse og helbredelse». Derimot ved terminal pleie blir fokuset at pasienten opplever velvære og eventuelt hjelpes til en fredfull død, i følge Kristoffersen et al. (2005a). Etter samtale med pårørende vet jeg at det er viktig at vi som personale viser respekt både for pasient og pårørende, i tillegg til at de føler at de blir sett og verdsatt. Pasienten kjenner på håndlaget om vi gir oss tid og bryr oss, som for eksempel at vi tar oss god tid i stellet og prater med pasienten. Selv om pasienten ikke klarer å prate, så er hørselen noe av det siste som forsvinner. Ut fra min erfaring vet jeg at pårørende legger godt merke til om vi hjelper den døende med verdighet og om vi har de rette holdningene; det at vi stikker innom for å se til den døende, snur pasienten regelmessig for å forhindre trykksår, tar munnstell og tilbyr avlastning.

Jeg tenker at pårørende er en stor resurs ved at de sitter med den døende, det føles tryggere for pasienten og for oss som personale. Enkle ting som at de får en god hvilestol inn på rommet og at vi tilbyr dem mat og drikke, betyr mye for pårørende. Kirkevold et al. (2010) sier at det å vise omsorg kan være like viktig for pårørende som den døende. Når pasienten er død er lidelsen over, mens pårørende derimot skal leve videre med minnene om det som foregikk. Det kan være både vonde og gode minner, det er derfor viktig at pårørende får mulighet til å delta aktivt i omsorgen den siste tiden. Holm og Husebø (2015) sier at tiden rett etter dødsfallet er kritisk og avgjørende for de etterlattes sorgreaksjoner og bearbeidelse av situasjonen. Etterlatte kan i lang tid huske detaljer fra det som blir sagt eller gjort. Støtten som blir gitt rundt dødstidspunktet er derfor svært viktig. Dersom etterlatte derimot opplever at de har liten innflytelse på det som skjer, kan dette skape frustrasjon og usikkerhet. Det beste vi kan gjøre for pårørende er å gi god omsorg til pasienten, dette vil være med å avlaste dem for bekymringer og strev (Ingebretsen i Holm & Husebø, 2015).

I følge Eide og Eide (2007) kommer man i en rekke ulike relasjoner som hjelper og profesjonsutøver, der etiske spørsmål og dilemmaer alltid vil dukke opp. Pasient og pårørende kan, i sin fortvilelse over situasjonen, klage på helsepersonell som etter deres mening ikke gjør jobben sin godt nok. Hvordan kunne de avslutte behandling eller hva med smerten som ikke lot seg lindre godt nok? Det kan være med å utløse irritasjon eller usikkerhet om helsepersonell kan jobben sin godt nok, hevder Bugge og Eriksen (2003). De sier videre at for leger og sykepleiere kan det ofte oppleves som et problem at pårørende ønsker at det blir iverksatt livsforlengende behandling som å gi væskebehandling, når pasienten har gått over i den døende fasen, da det ikke nødvendigvis er til det beste for pasienten. Bjørndal og Gjeberg (2007) sier at det er viktig å forklare pårørende at pasienten ofte går inn i siste livsfase ved gradvis slutter å spise og drikke, og at det kan være en naturlig del av dødsprosessen.

Vårt argument som sykepleiere for ikke å henge opp drypp, er å forklare at det gjerne vil påføre pasienten mer ubehag. Holm og Husebø (2015) sier at de fleste dør av hjertesvikt, og om den døende pasienten har fått mer væske enn hjertet tåler siste tiden, kan den siste hjertesvikten medføre store plager. Rykkje (2010) hevder at det å gi infusjon og kunstig ernæring til døende pasienter ikke lindrer tørste. Infusjon eller sondemat kan isteden forverre problemer for pasienten, som økt sekretproduksjon, lungeødem, kateterbehov og forlengelse av dødsprosessen. Dette sier både Bjørndal og Gjeberg (2007) og Bailey og Harman (2014) i sine artikler, og at en bør være tydelig, og forklare hvordan væskebehandling kan være med å påføre pasienten mer lidelse. De sier videre at

målene bør heller være god omsorg, fysisk komfort, lindre åndelig og følelsesmessig nød for pasient og pårørende. På en annen side kan vi som sykepleiere være med å informere om viktigheten av å fukte munnen og gi godt munnstell vil de føle at de er med og gjør noe for pasienten, sier Holm og Husebø (2015).

I følge Nyrønning og Wille (2012) kan det å samtale med pasient og pårørende om at døden er nært forestående oppleves som svært utfordrende. Det å vite hva en skal si eller hvordan en bør nærme seg situasjonen for å åpne for en samtale kan være vanskelig. Om den forberedende kommunikasjonen med familien har vært mangelfull eller familien opplever at de har liten innflytelse på hva som skjer rundt pasienten, vil dette kunne skape rom for usikkerhet, frustrasjoner og konflikter mellom pårørende og helsepersonell. Det å informere familien om den normale dødsprosessen tar også Bailey og Harman (2014) for seg, som endring i bevissthetsnivå, respirasjonsfrekvens og at det ofte blir en del slim som er med på å påvirke respirasjonen.

Det kan ofte oppleves skremmende for pårørende når de sitter med den døende der disse symptomene oppstår, dette er også min erfaring fra sykehjemmet der jeg jobber. Når de derimot er forberedt på dette, kan de klare å være hos sine nærmeste i dødsøyeblikket. Men det er også viktig å ta hensyn til at ikke alle ønsker å være der alene når det skjer, at vi da kan være sammen med dem om de ønsker det. Det er viktig med god kommunikasjon og informasjon til pårørende og pasient om tema som omhandler livets slutt sier både Rykke (2010) og Nyrønning og Wille (2012), og de hevder videre at en samtale i begynnelsen ved innleggelse på sykehjem er viktig i forhold til avgjørelser der ønske om og eventuelt skulle få behandling eller ikke når pasienten kommer i den palliative fasen.

I slutfasen av livet, svekkes ofte evnen til pasienten å ta valg eller formidle egne synspunkt. Det er derfor viktig med gode rutiner og retningslinjer for å innhente informasjon om pasientens ståsted vedrørende livets slutt sier Rykkje (2010). I pasientrettighetsloven står det at *«alle pasienter har rett til informasjon og medvirkning i behandlings- og pleiespørsmål som angår dem selv. Pårørende skal involveres i beslutningsprosessen, der pasienten ikke er samtykkekompetent»* (Lovdata, 2011). Helsepersonell skal vurdere om pasienten har samtykkekompetanse eller ikke. I beslutninger om pleie og behandling er helsepersonellet ansvarlig for at pasient og/eller pårørende er involvert (Kirkevold et al., 2010). Der pasienten ikke har kompetanse til å bestemme selv kan et

livstestamentet i kombinasjon med en stedfortredende beslutningstaker være med å sikre pasientens autonomi (Nortvedt, 2012).

### 4.3. En verdig avslutning på livet

I «*verdighetsgarantien*», står det at «*tjenestetilbudet skal innrettes i respekt for den enkeltes selvbestemmelsesrett, egenverd og livsførsel og sikre at medisinske behov blir ivaretatt*» (Helse og omsorgsdepartementet, 2010). Et av punktene i målsettingen er at det skal gis lindrende behandling og en verdig død. Jeg tenker da: Hva med pasienter som har fått satt inn pegsonde etter hjerneslag? Når skal vi slutte å gi næring? Når sonden først er der, blir det et etisk dilemma og spørsmål om når en skal slutte å gi næring? Fromme og Smith (2014) tar for seg hva etisk problemstilling kan være i forhold til det. De sier videre i sin artikkel at det er viktig å vise respekt for autonomi, velgjørenhet, ikke skade og rettferdighet. Når døden nærmer seg hos pasienten, må vi som fagpersonell på den ene siden forhindre at pasientens verdighet ikke blir krenket gjennom meningsløse og belastende behandlingstiltak. Tiltak som kan forlenge lidelser i dødsprosessen, eller tiltak som medfører at pasienten dør under eller kort etter transport til legevakt, sykehjem eller sykehus. Derfor er det viktig at helseinstitusjoner har retningslinjer for å sikre at pleiere, pasienter og familie får de samme muligheter og resurser.

Jeg har selv erfart at gamle, demente pasienter blir betydelig forverret mentalt når de blir flyttet på. Ved å behandle den demente pasienten på sykehjemmet, med kjente mennesker rundt seg i vante omgivelser vil belastningen bli mindre for pasienten. Jeg har også vært med og tatt imot en terminal pasient som kom fra sykehus, som døde samme dagen han kom til sykehjemmet, var det pasienten sitt ønske eller var det et eksempel på samhandlingsreformen? I Hospiceforum Norge (2012) kommer det frem at konsekvensen av samhandlingsreformen, der kravet til kommunene om å ta imot utskrivningsklare pasienter fra første dag, medfører press på tjenestene. Det kan for de døende og pårørende oppleves lite etisk.

Dårlig kommuneøkonomi gjør at kommunene tar imot pasienter så fort som mulig. Det rapporteres at det i 50 % av de norske kommunene ikke har nok sykepleiere til å ivareta de stadig sykere og mer behandlingstrengende pasientene. Det er da jeg stiller spørsmål, klarer vi å oppfylle en av FN sin anbefaling som er som følgende: «*Jeg har rett til å bli behandlet av omsorgsfulle, medfølende, kyndige mennesker som vil prøve å forstå mine behov og som vil oppleve det som givende å hjelpe*



*meg å møte min død»* (Norsk sykepleierforbund, 2012). Det er viktig at vi sikrer at pasienten får den optimale palliative behandling de trenger til de dør sier Holm og Husebø (2015).

*«Men engste deg ikke for døden, som oftest er den lett: Du vil bare hvile en liten stund, fordi du er trett. Du sovner inn og du sover. Så er det over.»* (Arnulf Øverland i Husebø, 2003).

## 5 Konklusjon

Vi vet at det blir en økning i antall eldre i tiden fremover. Det blir utfordrende for kommuneøkonomien å ha nok faglærte ved de ulike institusjonene. Jeg tenker at for å kunne ivareta både pasienten og pårørende må vi i fremtiden ha faglært bemanning og at det bør legges godt til rette for at dette blir fulgt opp. Faglærte har plikt til å passe på at de eldre sitt behov i slutfasen blir ivaretatt. Ved å skrive denne oppgaven og av erfaring fra min jobb som hjelpepleier har jeg lært at det å følge et menneske de siste dager og timer kan by på mange sterke opplevelser. Både i møte med pasienten og de pårørende. Jeg tenker at det er viktig at vi som sykepleiere føler at den jobben vi gjør er meningsfull, og at det å gjøre den siste tiden verdig både for pasienten og pårørende er en viktig oppgave. Selv om vi kan oppleve å kjenne på vår egen angst og sårbarhet for døden, må vi være tilstede og tørre å stå i det. Min erfaring er at for pasienten er det oftest best å få være på sykehjemmet den siste tiden av livet.

Menneskene vi møter er forskjellige, vi kan dermed ikke ta frem en nedskrevet prosedyre eller oppskrift på hva vi skal gjøre eller si. Det vil kreves at vi som sykepleiere har gode fagkunnskaper og kompetanse i å bruke vår evne til å observere og tolke ikke verbale tegn som kan tyde på smerte fordi vi kjenner pasienten. Med god smertelindring kan vi være med å bidra til at dødsfasen blir så god som mulig, samtidig som vi må vite når ytterligere behandling vil forverre og forlenge dødsprosessen. Dette gjør at vi har bedre forutsetning for å skape trygghet og ro rundt den døende.

Pårørende har gjerne vært den viktigste medspilleren i pasientens liv. Vi har et ansvar når det gjelder å forberede og informere dem slik at de kan forstå og godta at døden nærmer seg. Samtidig tror jeg at pårørende som opplever et personale med kontroll på situasjonen kan i større grad stole på at pasienten får tilstrekkelig lindring, omsorg og dermed en verdig avslutning på livet.

## Litteraturliste

- Bailey, F.A. & Harman, S. M. (2014). *The last hours and days of life*. Hentet 09.04. 2015, fra <http://www.uptodate.com/contents/palliative-care-the-last-hours-and-days-of-life?source=preview&search=%2Fcontents%2Fsearch&anchor=H25376543#H25376543>
- Bjørndal, A. & Gjeberg, E., (2007). *Hva er en god død i sykehjem?* Hentet 12.04.2015, fra <https://sykepleien.no/forskning/2009/03/hva-er-en-god-dod-i-sykehjem>
- Bugge, K.E., Eriksen, H. & Sandvik, O. (2003). *Sorg*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving* (5. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Eide, H. & Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Erikson, M.G. (2010). *Riktig kildebruk. Kunsten å referere og sitere*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Fromme, E.K. & Smith, M. D. (2014). *Etical issues in palliative care*. Hentet 09.04.2015, fra [http://www.uptodate.com/contents/ethical-issues-in-palliativecare?source=related\\_link#H30036538](http://www.uptodate.com/contents/ethical-issues-in-palliativecare?source=related_link#H30036538)
- Helse- og omsorgsdepartementet (2010). *Forskrift om en verdig eldreomsorg*. Hentet 12.04.2015, fra <https://www.regjeringen.no/nb/dokumenter/Forskrift-om-en-verdig-eldreomsorg-verdighetsgarantien/id624655/>
- Helsedirektoratet (2015). *Definisjon av palliasjon*. Hentet 15.04.2015, fra <http://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/palliasjon/1.innledning-revidert-2009/definisjon-av-palliasjon>
- Holm, M. S. & Husebø, S. (2015). *En verdig alderdom. Omsorg ved livets slutt*. Bergen: Fagbokforlaget
- Hospiceforum Norge (2013). *Døende ingen prioritert gruppe*. Hentet 11.04.2015, fra <http://www.hospiceforum.no/artikler/nyheter/detaljer/artikkel/statsbudsjettet-2013-doeende-er-ingen-prioritert-gruppe/>
- Husebø, B. S. (2009). «Smerteevaluering ved demens». Tidsskrift for den Norske lægeförening. Hentet 20.04.2015, fra <http://tidsskriftet.no/article/1899525>
- Husebø, B.S. & Husebø, S. (2003). *De siste dager og timer. Behandling, pleie og omsorg ved livets slutt* (2.utg.). Oslo: Melsom Grafisk AS, Sellebakk
- Kaasa, S. (2007). *Palliasjon* (2.utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Kirkevold, M. (1998). *Sykepleieteorier. Analyse og evaluering* (2. utg.). Oslo: Ad Notam Gyldendal AS

- Kirkevold, M. Brodtkorb, K. & Ranhoff, A.H. (2010). *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten*. Oslo: Gyldendal Norsk forlag
- Kirkevold, M. & Ekern, K. (2001). *Familien i sykepleiefaget*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F. & Skaug, E. A. (2005a). *Grunnleggende Sykepleie*. Bind 3. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F. & Skaug, E. A. (2005b). *Grunnleggende Sykepleie*. Bind 4. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Lillemoen, L., Velund, R. U. & Østensvik, E. (2011). *Tiltaksplan for døende pasienter*. Hentet 12.04.2015, fra <https://sykepleien.no/forskning/2011/02/tiltaksplan-doende-pasienter>
- Lovdata (2011). *Lov om pasient- og brukerrettigheter. §3 – 1 og 3 -2*. Hentet 10.04.2015, fra [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL\\_3](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL_3)
- Molven, O. (2010). *Sykepleie og jus* (3. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag
- Norsk Sykepleierforbund (2012). *Døden skal være en verdig avslutning på livet*. Hentet 16.04.2015 fra <https://www.nsf.no/vis-nyhet/814287/Doden-skal-vaere-en-verdig-avslutning-paa-livet>
- Norsk Sykepleierforbund (2012). *FN's erklæring om døendes rettigheter*. Hentet 12.04.2015 fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/816663/1212089/Hva-slags-rettigheter-har-den-doende>
- Nortvedt, P. (2012). *Omtanke. En innføring i sykepleiens etikk*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Nyrønning, S. & Wille, I.L. (2012). *Omsorg og behandling ved livets slutt i sykehjem*. Hentet 18.04.1015, fra [http://sykepleien.no/sites/sykepleien.no/files/electronic-issues/articles/geriatrisk\\_omsorg\\_ved\\_livets\\_slutt\\_i\\_sykehjem.pdf](http://sykepleien.no/sites/sykepleien.no/files/electronic-issues/articles/geriatrisk_omsorg_ved_livets_slutt_i_sykehjem.pdf)
- Renolen, Å. (2008). *Forståelse av mennesker. Innføring i psykologi for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke AS
- Rykkje, L. (2010). *Gi eldre en verdig død*. Hentet 11.04.2015, fra <https://sykepleien.no/forskning/2010/02/gi-eldre-en-verdig-dod>
- Røkenes, O. H. & Hansen P.H. (2009). *Bære eller breste. Kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker* (2 utg.). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS

## Vedlegg

### Vedlegg 1



LIVERPOOL  
**Care Pathway**  
Promoting best practice for care of the dying



Kompetansesenter i  
lindrende behandling  
Helseregion Vest

Namnelapp:

### ***Liverpool Care Pathway (LCP) for SJUKEHUS*** **Ein tiltaksplan for omsorg til døyande og deira pårørande**

#### **Referansar:**

The National Council for Palliative Care (2006) Changing Gear: Guidelines for Managing the Last Days of Life in Adults. London: The National Council for Palliative Care.

Ellershaw JE, Wilkinson S, eds. (2011). Care of the dying: A pathway to excellence. Second edition. Oxford: Oxford University Press.

Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen (rev. utgave 2010). Oslo: Helsedirektoratet.

Nettsider: [www.mcpcil.org.uk/liverpool-care-pathway/](http://www.mcpcil.org.uk/liverpool-care-pathway/) og [www.helse-bergen.no/lindrendebehandling](http://www.helse-bergen.no/lindrendebehandling)

#### **Brukar-rettleiing:**

1. Alle mål er skrivne med **utheva** skrift. Tiltak, som er ei hjelp til å nå måla er skrivne med vanleg skrift.
2. Retningslinjer for symptomlindring er på dei siste sidene i skjemaet. Vis til retningslinjene når det trengs.

Helsepersonell står fritt til å gjere sine egne faglege vurderingar, men alle endringar i forhold til dei tilrådde retningslinjene i tiltaksplanen skal dokumenterast som eit avvik på siste side.

#### **Kriteriar for å bruke denne tiltaksplanen for omsorg til døyande:**

- **Alle moglege reversible årsaker til pasienten sin tilstand er vurderte.**
- **Det tverrfaglege teamet er enige om at pasienten er døyande. To av følgjande kriterium vil vanlegvis vere oppfylte:**

Pasienten er sengeliggjande  Ein får i lengre periodar ikkje kontakt med pasienten

Pasienten klarer berre drikke små slurkar  Pasienten kan ikkje lenger svelge tablettar

Når denne planen vert sett i gang, erstattar den all annan dokumentasjon og blir den einaste forma for dokumentasjon som brukast.

Dokumentasjon av medikamentordinasjon og -utlevering følgjer sjukehuset sine vanlege retningslinjer.

Dato/Klokkeslett:

Avd.:

Lege:

Sjukepleiar:



Namn:.....

Avd:.....

Dato: .....

Del 1		Første vurdering (vurdering ved inklusjon)																					
Diagnose og personopplysningar	Hovuddiagnose:	Bidiagnosar:																					
	Personnummer:	<input type="checkbox"/> Mann <input type="checkbox"/> Kvinne Nasjonalitet:																					
	Innlagt dato:																						
Symptom og funn	Klarer ikkje å svelgje <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei Kvalme <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei Brekningar, oppkast <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei Obstipert <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei Forvirra <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei Uroleg, agitert <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei Rastlaus <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei Anspent, engsteleg <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	Vaken <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei Bevisst <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei Vannlatingsproblem, UVI <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei Kateterisert <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei Surkling i luftvegane <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei Dyspnoe <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei Smerte <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei Anna (f.eks. ødem, kløe) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei																					
Delmål ved første vurdering	<b>Mål 1</b> Aktuell medisinerer er vurdert og ikkje formålstenlege medikament er seponerte <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei Formålstenlege perorale medikament er endra til subkutane, og subkutan pumpe er sett i gang dersom tenleg. Ikkje formålstenlege medikament er seponerte.																						
	<b>Mål 2</b> Behovsmedisinerer til subkutan administrasjon er ordinert for følgjande symptom etter avdelinga sine prosedyrar: <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 80%;">Smertesmerter</td> <td style="width: 10%;">- smertestillande</td> <td style="width: 10%;"><input type="checkbox"/> ja</td> <td style="width: 10%;"><input type="checkbox"/> nei</td> </tr> <tr> <td>Uro, agitasjon</td> <td>- beroligande</td> <td><input type="checkbox"/> ja</td> <td><input type="checkbox"/> nei</td> </tr> <tr> <td>Surkling i luftvegane</td> <td>- antikolinergikum</td> <td><input type="checkbox"/> ja</td> <td><input type="checkbox"/> nei</td> </tr> <tr> <td>Kvalme og brekningar</td> <td>- kvalmestillande</td> <td><input type="checkbox"/> ja</td> <td><input type="checkbox"/> nei</td> </tr> <tr> <td>Dyspnoe</td> <td>- angstdempe/muskelavslappande</td> <td><input type="checkbox"/> ja</td> <td><input type="checkbox"/> nei</td> </tr> </table>			Smertesmerter	- smertestillande	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nei	Uro, agitasjon	- beroligande	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nei	Surkling i luftvegane	- antikolinergikum	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nei	Kvalme og brekningar	- kvalmestillande	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nei	Dyspnoe	- angstdempe/muskelavslappande	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nei
	Smertesmerter	- smertestillande	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nei																			
	Uro, agitasjon	- beroligande	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nei																			
	Surkling i luftvegane	- antikolinergikum	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nei																			
	Kvalme og brekningar	- kvalmestillande	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nei																			
	Dyspnoe	- angstdempe/muskelavslappande	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nei																			
<b>Mål 3</b> Ikkje formålstenlege tiltak vert seponerte <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 60%;">Blodprøver</td> <td style="width: 20%;"><input type="checkbox"/> ikkje aktuelt</td> <td style="width: 10%;"><input type="checkbox"/> ja</td> <td style="width: 10%;"><input type="checkbox"/> nei</td> </tr> <tr> <td>Antibiotika</td> <td><input type="checkbox"/> ikkje aktuelt</td> <td><input type="checkbox"/> ja</td> <td><input type="checkbox"/> nei</td> </tr> <tr> <td>Intravenøs-væske</td> <td><input type="checkbox"/> ikkje aktuelt</td> <td><input type="checkbox"/> ja</td> <td><input type="checkbox"/> nei</td> </tr> <tr> <td>Journalført at resuscitering ikkje er aktuelt (HLR -)</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> ja</td> <td><input type="checkbox"/> nei</td> </tr> </table> <p><b>Deaktivering av implantert defibrillator (ICD)</b> <input type="checkbox"/> ikkje aktuelt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei            Kontakt pasienten sin kardiolog            Vis til lokale retningslinjer og prosedyrer            Gje ev. informasjonsbrosjyre til pasient/pårørande</p>			Blodprøver	<input type="checkbox"/> ikkje aktuelt	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nei	Antibiotika	<input type="checkbox"/> ikkje aktuelt	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nei	Intravenøs-væske	<input type="checkbox"/> ikkje aktuelt	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nei	Journalført at resuscitering ikkje er aktuelt (HLR -)		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nei					
Blodprøver	<input type="checkbox"/> ikkje aktuelt	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nei																				
Antibiotika	<input type="checkbox"/> ikkje aktuelt	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nei																				
Intravenøs-væske	<input type="checkbox"/> ikkje aktuelt	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nei																				
Journalført at resuscitering ikkje er aktuelt (HLR -)		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nei																				
Underskrift lege:		Dato:																					
<b>Mål 3a</b> Det er bestemt å avslutte ikkje formålstenlege pleietiltak <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei Skal ein ha eit regime for å snu pasienten, eller berre gjere det ved behov, vurdere anti-decubitusmadrass, vurdere huda, skal ein framleis ta BT, puls og temp, osv																							
<b>Mål 3b</b> Smertepumpe er sett i gong innan 4 timar etterforordning av legen <input type="checkbox"/> ikkje aktuelt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei																							
Underskrift sjukepleiar:		Dato:	Klokkeslett:																				



Namn:.....

Avd:.....

Dato: .....

Del 1	Første vurdering – (framhald)
<b>Innsikt/forståing</b>	<p><b>Mål 4</b> Evne til å kommunisere på norsk er vurdert som adekvat            hjå pasienten <input type="checkbox"/> komatøs <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei            hjå pårørende (familie eller andre) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei</p> <p><b>Mål 5</b> Innsikt i pasienten sin tilstand er vurdert:            Pasienten er klar over diagnosen <input type="checkbox"/> komatøs <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei            Pårørende er klar over diagnosen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei            Pasienten er klar over at han/ho er døyande <input type="checkbox"/> komatøs <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei            Pårørende er klar over at pasienten er døyande <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei</p>
<b>Åndeleg omsorg</b>	<p><b>Mål 6</b> Religiøse/åndelege behov er vurderte            hjå pasienten <input type="checkbox"/> komatøs <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei            hjå pårørende <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei            Pasienten eller pårørende kan vere engstelege for seg sjølv eller andre.            Vurder spesielle behov i forhold til familien sin kulturelle bakgrunn.            Vurder støtte frå prest eller annan kontaktperson.</p> <p>Pasienten si trusretning eller livssyn er kjent <input type="checkbox"/> ikkje aktuelt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei            Dersom ja, kva slag:            Det er gjeve tilbod om kontakt med prest /annan kontaktperson <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei</p> <p>Navn: ..... tlf: ..... dato: .....</p> <p>Kommentarar (spesielle behov no, i samband med dødsfallet, etter dødsfallet):</p>
<b>Kommunikasjon med pårørende</b>	<p><b>Mål 7</b> Det er avtalt korleis pårørende skal få beskjed dersom tilstanden til pasienten endrar seg <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei            - uansett tidspunkt på døgnet <input type="checkbox"/>            - ikkje om natta <input type="checkbox"/>            - pårørende overnattar på sjukehuset <input type="checkbox"/>            Næraste pårørende: ..... tlf: .....            Relasjon til pasienten: .....            Ev. annan pårørende: ..... tlf: .....            Relasjon til pasienten: .....</p> <p><b>Mål 8</b> Pårørende har fått informasjon om sjukehuset <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei            Skriftleg informasjon om parkering, telefon, mat og drikke, overnatting og annan praktisk informasjon</p>
<b>Kommunikasjon med primærhelsetenesta</b>	<p><b>Mål 9</b> Fastlegen er klar over tilstanden til pasienten <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei            Heimesjukepleien er informert <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei</p>
<b>Samandrag</b>	<p><b>Mål 10</b> Plan for vidare behandling og pleie er forklart for og drøfta med pasienten <input type="checkbox"/> komatøs <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei            pårørende <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei</p> <p><b>Mål 11</b> Pårørende gir uttrykk for at dei forstår kva som er planen vidare <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei            Pårørende er klar over at vidare behandling og pleie har fokus på at pasienten er døyande. Pårørende har fått kome fram med sine ynskje og bekymringar og desse er dokumenterte.            Tiltaksplanen kan drøftast dersom dette vert vurdert som formålstenleg.</p>
<p>Dersom du har svara "nei" på eit av delmåla, bør du utdjupe svaret på siste side.            Underskrift: ..... Stilling: ..... Dato: .....</p>	



Namn: .....

Avd: .....

Dato: .....

Del 2	Fortløpande vurderingar: Er målet nådd?					
Fortløpande vurderingar	Kryss "ja" (mål nådd) eller "nei" (mål ikkje nådd). Dersom svaret er nei, skriv tiltak og resultat på siste side.					
Delmål	04:00	08:00	12:00	16:00	20:00	24:00
<b>Smerter</b> Mål: Pasienten er smertefri - Pasienten seier det (dersom han er ved bevisstheit) - Pasienten er smertefri ved bevegelse - Pasienten virkar fredfull - Vurder behov for å endre leie	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei
<b>Uro/forvirring</b> Mål: Pasienten er roleg og avslappa - Pasienten viser ikkje teikn på delirium, dødsangst eller uro ("plukkar") - Utelukk urinretensjon som årsak - Vurder behov for å endre leie	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei
<b>Surkling i luftvegane</b> Mål: Pasienten er ikkje plaga med uttalt surkling - Medikament skal gjevast så snart symptom oppstår - Vurder behov for å endre leie - Symptomet er drøfta med pårørende	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei
<b>Kvalme og oppkast</b> Mål: Pasienten er ikkje kvalm og kastar ikkje opp - Pasienten seier det (dersom han er bevisst)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei
<b>Dyspnoe (tung pust)</b> Mål: Pasienten er ikkje plaga av tung pust - Pasienten seier det (dersom han er bevisst) - Vurder behov for å endre leie	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei
<b>Andre symptom (f eks ødem, kløe)</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei
<b>Behandling/prosedyrar</b>						
<b>Munnstell</b> Mål: Munnen er fuktig og rein - Sjå retningslinjer for munnstell - Munnen skal vurderast minst kvar 4. time - Pårørende tek del i munnstellet	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei
<b>Vannlatingsproblem</b> Mål: Pasienten er utan plager - Legg inn kateter dersom retensjon - Bruk kateter eller bleier dersom tilstanden fører til inkontinens	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei
<b>Medikament</b> Mål: Alle medikament er gjevne korrekt i samsvar med forordning - Smertepumpe skal kontrollerast minst kvar 4. time	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei
Underskrift:						
<i>Bruk nytt ark for kvart døgn</i>						







Namn:.....

Avd:.....

Dato:

<b>Del 3</b>	<b>Ved dødsfallet</b>
--------------	-----------------------

Dato:

Klokkeslett:

Klokkeslett attestert av lege:

Kven var tilstades:

Rapport:

Underskrift:

<b>Delmål etter dødsfallet</b>	
<i>Dersom svaret er nei, skriv tiltak og resultat på siste side</i>	
	<b>Mål 12 Fastlegen er informert om dødsfallet</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei Ta kontakt neste arbeidsdag dersom dødsfallet skjer utanom arbeidstid Heimesjukepleien er informert om dødsfallet <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei
	<b>Mål 13 Avdelinga sine prosedyrar ved dødsfall og ved stell av døde er følgde</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei (spesielle religiøse/kulturelle behov er ivaretekne )
	<b>Mål 14 Avdelinga sine prosedyrar etter dødsfall er følgde</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei Sjekk følgjande punkt: - syning av liket - fjerning av ev. pacemaker eller ICD pga kremasjon - obduksjon - registrering av dødsfallet/dødsattest fylt ut - journalen avslutta og epikrise diktert - beskjed formidla til ev. andre offisielle instansar
	<b>Mål 15 Pårørnde har fått informasjon om rutinar ved dødsfall</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei Brosjyre med praktisk informasjon ved dødsfall er delt ut til pårørnde
	<b>Mål 16 Sjukehus-prosedyrane for pasienten sine verdisaker og eigendelar er følgde</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei - Eigendelar og verdisaker er signerte for av identifisert person - Gjenstandar er pakka for seinare avhenting - Verdisakene er registrerte og lagra på ein trygg stad
	<b>Mål 17 Nødvendig informasjon er gjeven til dei som skal ha han</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei - Hefte: "Når ein av våre nærmaste døyr" er utlevert
	<b>Mål 18 Skriftleg informasjon til etterlatne er gjeven til pårørnde</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nei - Informasjonshefte om sorg og aktuell oppfølging i lokalmiljøet delt ut ("etterlattemappe")
<b>Underskrift:</b>	<b>Dato:</b>

## Vedlegg 2

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

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

---

Ingen smerte	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Verst tenkelig smerte
Ingen slapphet (slapphet = mangel på krefter)	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Verst tenkelig slapphet
Ingen døsigheit (døsigheit = å føle seg søvnnig)	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Verst tenkelig døsigheit
Ingen kvalme	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Verst tenkelig kvalme
Ikke nedsatt matlyst	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Verst tenkelig nedsatt matlyst
Ingen tung pust	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Verst tenkelig tung pust
Ingen depresjon (depresjon = å føle seg nedstemt)	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Verst tenkelig depresjon
Ingen angst (angst = å føle seg urolig)	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Verst tenkelig angst
Best tenkelig velvære (velvære = hvordan du har det, alt tatt i betraktning)	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Verst tenkelig velvære
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

# Vedlegg 3

APPENDIX

## MOBID-2 smerteskala

MOBILISATION - OBSERVATION - BEHAVIOUR - INTENSITY - DEMENTIA

Pasientens navn: \_\_\_\_\_ Dato: \_\_\_\_\_ Tid: \_\_\_\_\_ Avdeling: \_\_\_\_\_

Vær oppmerksom på pasientens smerteatferd relatert til muskulatur, ledd og skjelett under morgenstell. Observer pasienten før du starter mobilisering. Forklar forståelig det du vil gjøre. Led pasienten, og gjennomfør bevegelsene (1-5) med forsiktighet. Stopp bevegelsen om du observerer smerteatferd. Fyll ut skjemaet umiddelbart etter hver bevegelse:

### Smerteatferd

Sett et eller flere kryss for hver observasjon: smertelyd, ansiktsuttrykk og avvergereaksjon, som kan være relatert til smerte



**Smertelyd**  
«Aa»  
Stønner  
Yrker seg  
Gisper  
Skriker



**Ansiktsuttrykk**  
Grinsere  
Ryker på tann  
Strammer munnen  
Lukker øynene



**Avvergereaksjon**  
Stønner  
Beskytter seg  
Skryter fra seg  
Endringer i pust  
Knyper seg

### Smerteintensitet

Basert på observert smerteatferd; tolk styrken av smerteintensitet og sett kryss på linjen 0-10

SETT GJERNE FLERE KRYSS I RUTEN(E) FOR DINE(O) OBSERVASJONER

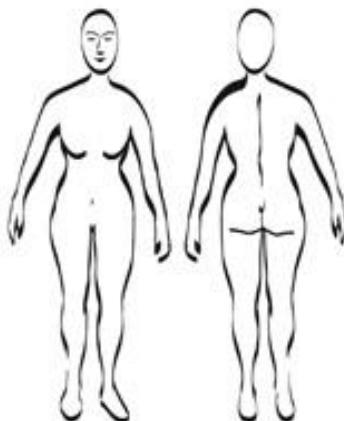
Observasjon	Smertelyd	Ansiktsuttrykk	Avvergereaksjon	Smerteintensitet (0-10)
1. Led til å åpne begge hender	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0 er ingen smerte, 10 er verst tenkelig smerte
2. Led til å strekke armene mot hodet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
3. Led til å bøye og strekke ankler, knær og hoftelend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
4. Led til å snu seg i sengen til begge sider	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
5. Led til å sette seg opp på sengekanten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

APPENDIX

Vær oppmerksom på pasientens smerteatferd, som kan være relatert til indre organer, hode og hud. Smerte kan oppstå på grunn av en sykdom, sår, infeksjon eller ulykker. Inkluder alle dine observasjoner fra i dag og de siste dagene (siste uken).

### Smerteatferd

Bruk front- og baksiden av kroppstegningen aktivt. Sett kryss for dine observasjoner relatert til smerteatferd (smertelyd, ansiktsuttrykk og avvergereaksjon)



### Smerteintensitet

Basert på observert smerteatferd; tolk styrken av smerteintensitet og sett kryss på linjen 0-10

6. Hode, munn, hals	0 er ingen smerte, 10 er verst tenkelig smerte
7. Bryst, lunge, hjerte	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
8. Mage - øvre del	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
9. Bekken, mage - nedre del	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
10. Hud, infeksjon, sår	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Basert på alle observasjoner gi en helhetlig vurdering av pasientens smerteintensitet

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Beritna Husebøl et al., Institut for sykefagmedisinske fag, Universitet i Bergen