

BACHELOROPPGAVE:

Hvordan kan sykepleier bidra til en verdig slutt på livet for den eldre pasient i sykehjem?

Forfattere:

Thea Brukstuen, 470663

Tone Lerbakken, 470712

Antall ord: 10 086

Dato: 18.05.2018

SAMMENDRAG

Tittel:	Hvordan kan sykepleier bidra til en verdig slutt på livet for den eldre pasient i sykehjem?	Dato: 18.05.18
Deltakere:	Thea Brukstuen Tone Lerbakken	
Veileder:	Kirsten Nordang	
Evt. oppdragsgiver:		
Stikkord/nøkkel ord:	Sykepleier, sykehjem, livets slutt	
Antall ord: 10 086	Antall vedlegg: 0	Publiseringsavtale inngått: ja
Kort beskrivelse av bacheloroppgaven:		
<p>Bakgrunn: Livets slutfase blant eldre i sykehjem er svært relevant i dagens helsevesen, og vi har derfor valgt å fokusere på dette i vår oppgave. I løpet av de siste 30 årene har andelen av de som dør på sykehjem økt fra 27% til 48%.</p> <p>Hensikt: Oppgavens hensikt er å belyse hva sykepleier kan bidra med for å skape en verdig slutt på livet hos den eldre pasient i sykehjem?</p> <p>Metode: Bacheloroppgaven er en litteraturstudie. Det er brukt søkeord som er relevante for problemstillingen for å finne fem vitenskapelige artikler. Artiklene har blitt analysert både etisk og kritisk. Vi har også brukt inklusjons- og eksklusjonskriterier for å strukturere og velge ut relevante artikler.</p> <p>Resultat: Det er lite forskning i Norge på livets slutt blant den eldre pasient. Det viser seg at sykepleier må inneha ulike kunnskaper for å oppfylle det som blir sett på som verdig rundt livets slutt. Dette er kunnskaper innen palliasjon, kommunikasjon, samspill mellom pasienten selv, pårørende og andre kollegaer, samt godt norsk språk. Det viser seg at pasienten og sykepleier sitt syn på verdighet er svært viktig.</p> <p>Konklusjon: Verdigheten rundt livets slutfase hos den eldre i sykehjem er påvirket av flere områder. Det viser at det er viktig å vite hva sykepleier og pasient mener verdighet er, og hva som påvirker dette. Kunnskapene hos sykepleier er et viktig grunnlag for å kunne utøve verdig pleie- og omsorg, og handlingene påvirkes av kunnskapene sykepleier har.</p>		

ABSTRACT

Title:	How can the nurse contribute to a dignified end of life for the elderly patient in a nursing home?	Date: 18.05.18
Participants:	Thea Brukstuen Tone Lerbakken	
Supervisor:	Kirsten Nordang	
Employer:		
Keywords:	Nurse, nursing home, end of life	
Number of words: 10 086	Number of appendix: 0	Availability open
Short description of the bachelor thesis:		
<p>Background: Life's final phase amongst elders in nursing homes is very relevant in today's healthcare, and we have for this reason chose to focus on this in our assignment. During the last 30 years the amount of deaths in nursing homes increased from 27% to 48%.</p> <p>Purpose: The assignments intention is too find out what the nurses can contribute with, to create a worthy end of life for the elder patient in a nursing home.</p> <p>Method: The bachelorassignment is a litteraturstudy. Searchwords relevant to the issue was used to find five scientific articles. The articles has been analyzed both ethically and critically. We have also used inclusion- and exclusion criteria to structure and choose relevant articles.</p> <p>Results: There is little research in Norway on the end of life among the elderly patient. It appears that the nurses must possess various knowledge to fulfill what is looked upon as a dignified end of life. This is knowledge in palliative care, communication, cooperation between the patient, next of kin and other colleagues, aswell as good Norwegian language. It appears that the patient and the nurses view on dignity is very important.</p> <p>Conclusion: The dignity surrounding the final phase of life with the elder in a nursing home is affected by several fields. It goes to show that its important to know what nurse and patient describes as dignity, and what affects it. The knowledge of the nurse is an important foundation to be able to practice a dignified nursing, and the actions are affected by the knowledge of the nurse.</p>		

Innholdsfortegnelse

1. Innledning	6
1.1 Introduksjon til temaet	6
1.2 Sykepleiefaglig relevans	7
1.3 Begrunnelse for valg av tema	8
2. Bakgrunn	8
2.1 Død	8
2.2 Hva er verdighet?	8
2.3 Sykepleier og pasienten	9
2.4 Hensikt med oppgaven	11
2.5 Avgrensing	11
3. Metode.....	12
3.1 Litteraturstudie	12
3.2 Kvantitativ forskning	12
3.3 Kvalitativ forskning	13
3.4 Søkestrategi som blir brukt.....	14
3.4.1 Strukturerte søk	14
3.4.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier	15
3.5 Matriser for artikler	16
3.6 Forskningsetikk	19
3.7 Analyse av funn	19
4. Resultater	20
4.1 Presentasjon av vitenskapelige artikler	20
4.2 Hovedfunn fra artikler.....	25
4.2.1 Kunnskap hos sykepleier	25
4.2.2 Hva er verdighet, og synspunkter på dette?	25
4.2.3 Hva kan sykepleier bidra med i forhold til livets slutfase i sykehjem?	27
5. Drøfting	28
5.1 Kunnskap hos sykepleier.....	28
5.1.1 Kunnskap	28
5.1.2 Palliasjon.....	29
5.1.3 Kompetanse og kommunikasjon	30
5.2 Hva er verdighet, og synspunkter på dette?	31
5.2.1 Forandringer hos eldre	31
5.2.2 Autonomi.....	32
5.2.3 Samhandling.....	32

5.2.4 Respekt.....	33
5.3 Hva kan sykepleier bidra med i forhold til livets slutfase i sykehjem?	34
5.3.2 Rettigheter og plikter.....	34
5.3.3 Informasjon til pasienten	35
5.3.4 Hvorfor sykehjem?	35
5.3.5 Lindring av symptomer.....	36
5.4 Kritisk vurdering av anvendt litteratur	37
5.4.1 Forskningsetiske overveielser	37
6. Konklusjon	39
7. Litteraturliste	40

1. Innledning

1.1 Introduksjon til temaet

Det er knyttet mange utfordringer til pleie og omsorg ved livets slutt. Dilemmaer som går ut på etiske, faglige og menneskelige forhold må avgjøres av helsepersonell. På en annen side kommer presset om effektivitet og økonomi. En sykepleier må inneha faglig kunnskap når det kommer til blant annet palliasjon. Palliasjon beskrives som en aktiv behandling, pleie og omsorg for pasienter med inkurabel sykdom og kort forventet levetid. Dette er lindring av pasientens fysiske og psykiske smerter. Samt at det rettes tiltak mot psykiske, sosiale og åndelige/eksistensielle behov. Målet er ikke å fremskyve døden, eller forlenge dødsprosessen, men å gi pasienten best mulig livskvalitet den siste levetiden (Helsedirektoratet, u.å).

Det er også viktig med fokus på holdningene som sykepleier har rundt pasienten den siste levetiden. Det kreves interesse, engasjement og erfaring for å kunne vise god omsorg (Hjort, 2010). Omsorg er et viktig begrep når det kommer til verdighet ved livets slutt. Omsorg er å ta vare på, og ønske det beste for pasienten. Det handler om at man bryr seg om hvordan vedkommende har det. Naturlig omsorg er i situasjoner hvor det er naturlig at man bryr seg om vedkommende. Profesjonell omsorg er i situasjoner hvor man har fagkunnskap, utdanning og dermed kompetanse til å vise omsorg (Brønstad, Paulsen og Hårberg, 2010).

For å stille diagnosen ‘død ved total ødeleggelse av hjernen’ må ulike kriterier være oppfylt. Personen er totalt bevisstløs, hjerteslagene og åndedretten må være opphørt. Kroppsfunksjonene som holder personen i live opphører. Blodsirkulasjonen og hjernecellene slutter å fungere. Når hjernecellene ikke lenger fungerer er det ikke mulig å gjenopprette liv, selv om andre organismers celler kan leve i timevis (Bøhle, 2014) (Roald, 2017).

I 2016 døde totalt 40 726 mennesker i Norge. Forventet levealder i Norge er 84,17 år for kvinner og 80,61 år for menn (Statistisk sentralbyrå, 2017). Andelen som dør på sykehjem har økt fra 27% til 48% de siste 30 årene, altså til 19 548,48 personer ifølge folkehelseinstituttet (Kveinå, 2017).

Det er ifølge Hjort (2010) fire mål som bør fremheves når det gjelder omsorg ved livets slutt:

- Lindring av alle plager, dette innebærer god lindrende behandling.
- God sykepleie, dette innebærer godt munntstell og forebygging av trykksår.
- Menneskelig omsorg for både pasient og pårørende.
- Sjelelig omsorg for både pasient og pårørende.

Det er viktig at sykepleier formidler en trygghet som de selv bærer. Sykepleier og annet helsepersonell skal utføre en kontinuitet i arbeidet. Dette er for at pasienten og pårørende skal kunne forholde seg til færrest mulig personer gjennom den siste fasen av livet. Det å måtte forholde seg til nye ansikter kan skape utrygghet (Hjort, 2010).

En studie gjort ved norske sykehjem viser at de fleste pårørende er fornøyd med omsorgen ved dødsfall, men at formidlingen av informasjon og kommunikasjonen kan bli bedre. Det som er positivt ved langtidsomsorgen på sykehjem er at personalet har mulighet til å bli godt kjent med pasienten. Har sykepleier en interesse for deres livshistorie kan de bidra til at identitet og verdighet hos pasienten opprettholdes på slutten av livet (Rykkje, 2010).

1.2 Sykepleiefaglig relevans

I Helsepersonelloven (1999) og Spesialisthelsetjenesteloven (1999) er det lovfestet at en sykepleier skal utføre det arbeidet den er kvalifisert til på faglig forsvarlig grunnlag. Dette innebærer at de har kunnskap om sine faglige kvalifikasjoner, og at de ved nødvendighet samarbeider med annet kvalifisert helsepersonell. En sykepleier skal sørge for at arbeidet er kvalitetssikret, og at det utføres et systematisk arbeid som sørger for pasientsikkerhet.

Sykepleier må kunne se pasienten i sin helhet, og deres komplekse behov. Kompleksiteten de må kunne se innebærer at de har erfaring og kunnskap. Ikke bare på systemnivå, men også på individnivå (Svendsen, Landmark og Grov, 2017).

Sykehjemmene skal kunne ha mulighet til å benytte seg av relevante faggrupper for den døende pasienten. Dette innebærer minimum prest og fysioterapeut. Det skal være minst en sykepleier i sykehjemmet som er en ressurs sykepleier for lindrende behandling. Denne sykepleieren skal også delta i kompetansenettverk (Haugen og Aass, 2016).

Kompetansenettverket er et nettverk som går på tvers av samarbeidende helseorganisasjoner i Norge. Nettverket skal styrke kompetanseutviklingen og den faglige samhandlingen. Her skal man kunne dele, utvikle og standardisere på en mest mulig effektiv måte (Leporowski, u.å).

I dette nettverket er det også nødvendig med en lege. Legen må kunne forholde seg til den døende pasienten. Pasienten skal kunne få best mulig lindring og hjelp, og det er legen som skal forordne de lindrende medikamentelle behandlingstiltakene, og vurdere seponering av annet unødvendig behandlingstiltak (Rosland, Hofacker, Paulsen, 2006).

1.3 Begrunnelse for valg av tema

Døende pasienter eller pasienter i livets slutfase er et tema som sto svært sentralt i vår sykehjemspraksis. Vi har som sykepleierstudenter erfart at de døende har ulike syn på hva som skal til for å gjøre den siste tiden av livet verdig. Av erfaring så er synet blant sykepleierne i forhold til de døende ulikt. Ulik grad av tilegning av kunnskap og ulike ståsteder kan føre til at sykepleiere behandler den døende ulikt- ikke ut i fra deres ønsker, men ut ifra egne holdninger. Dette har bidratt til at vi ønsker å belyse hva en sykepleier kan bidra med for å skape en verdig død for pasienten på sykehjem.

2. Bakgrunn

2.1 Død

Døden oppleves forskjellig for alle. Den framstår på ulike måter, og mønsteret for dødsprosessen er ulik hos alle. Pasientens funksjonsnivå, næringsinntak og våkenhet kan si noe om hvor lenge pasienten har igjen å leve. Dersom sykepleier følger opp disse indikatorene kan man ofte se om pasienten har igjen dager eller måneder. Døden kan til tider være ventet, men den kan også oppleves som svært plutselig og brå tross indikatorer og målinger (Elmqvist, 1998).

2.2 Hva er verdighet?

Anderberg et al. (som sitert i Knutstad 2010) har analysert begrepet verdighet. De har lagt vekt på eldre mennesker, og hvordan sykepleier kan bevare deres verdighet. Funnene viser at sykepleier må ha respekt for pasienten, og være sensitivt lyttende. Dette er for at den eldre pasient skal kunne føle seg verdifull og verdsatt. Pasienten skal kunne be om hjelp uten å føle seg som en byrde, og få en følelse av nedverdighet. For å opprettholde dette, skal ikke sykepleier møte pasienten med nedlatende holdninger. Hvert menneske er individuelt, og sykepleietilbudet skal gis deretter. Selv ved livets slutfase er det viktig at pasienten skal kunne føle kontroll over eget liv og egne kroppsfunksjoner. Derfor må hjelpen som gis bidra

til at pasienten kan føle kontroll og mestring, noe som dermed gir økt verdighetsfølelse (Anderberg et.al som sitert i Knutstad 2010).

Den døende kan ha flere synsvinkler på hva verdighet er, og dermed hva en verdig død er. Det finnes ulike rettigheter som pasienten har, og samtidig har sykepleierne ulike etiske prinsipper de skal følge. Dette kan vi blant annet finne i yrkesetiske retningslinjer og i FNs erklæringer om døendes rettigheter (NSF, 2016) (Brenden, 2012). I følge Kveinå (2017) øker dødsfallene på sykehjem kontra i hjemmet betraktelig, og da blir det en stor arbeidsoppgave å sørge for at den siste tiden føles verdig for pasienten.

Det er også viktig at pasientens pårørende skal føle det verdig i livets slutfase. For å ivareta verdigheten er det nødvendig at pårørende stadig får informasjon og forklaringer. Sykepleier skal også kunne lytte til deres spørsmål, og gi nødvendige og ærlige svar. Det er viktig at sykepleier tar seg tid, lytter til deres meninger og tar hensyn til deres følelser. Pårørende er en del av teamet rundt pasienten, så det er like viktig å vise dem respekt og tillit, som til pasienten selv. Kanskje er det nødvendig å tilby pårørende en seng, så dem kan få være rundt den døende til enhver tid, og delta mer aktivt i den naturlige omsorgen (Hjort, 2010).

2.3 Sykepleier og pasienten

Det kan være vanskelig for pasienten å forsones seg med at livet går mot slutten. De fleste pasienter er takknemlige og fornøyde med det livet som har vært. Det finnes også pasienter som er bitre, og disse trenger trøst. De sistnevnte er ofte en vanskelig case å forholde seg til. Det gjelder ofte uløste konflikter i familien. I disse situasjonene må helsepersonell, og av og til prest møte dem og hjelpe dem med forsoning. Dette innebærer at vi som helsepersonell har mot, takt og empati (Hjort, 2010).

Pasientene kan ha ulike formeninger om hvordan slutfasen av livet skal oppleves. Noen kan ha ønsker og tanker om det som skal skje, mens andre går inn i denne fasen med mange spørsmål og uro. Her er det viktig at sykepleier ivaretar hvert enkelt individ, og dets ønsker og verdier ved slutten av livet. Både erfaringsbasert praksis og teoretisk kunnskap er viktig. Det kan være at teorien ikke alltid er svaret på hva som er riktig å gjøre i praksis, men at helsepersonell likevel forholder seg til lovverket der dette står sentralt.

Som sykepleier møter man døende pasienter flere steder i helse- og omsorgstjenesten. Men vi har valgt å fokusere på den eldre pasienten som dør på sykehjem av erfaringsmessige grunner. En sykepleier har ansvar for både den døende og dens pårørende i denne fasen, men vårt hovedfokus vil være på det å gi pasienten en verdig død. Det er blant annet sykepleier sitt ansvar å ivareta alle de grunnleggende behovene, noe som også er viktig i livets slutfase.

NSF (2016) har ulike yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Hva som er relevant for den døende pasienten, og sykepleieren i forhold til disse vil videre beskrives.

1. Sykepleieren skal fremme helse og forebygge sykdom
2. Sykepleieren skal bidra til håp, mestring og livsmot hos pasienten
3. Pasientens behov for helhetlig omsorg skal ivaretas
4. Sykepleier skal bidra til ivaretagelse av verdighet og sikkerhet hos pasienten i møte med den teknologiske og helsepolitiske utviklingen
5. Pasienten har rett til omsorgsfull hjelp og lindring av lidelser
6. Sykepleieren har et ansvar i forhold til beslutning om livsforlengende behandling, og sørger for at pasienten blir hørt
7. Pasienten har rett til en naturlig og verdig død, og skal ikke dø alene
8. Sykepleier skal ikke utøve aktiv dødshjelp
9. Den dødes kropp skal behandles med respekt

Flere av disse punktene kommer også frem i FNs erklæring og de døendes rettigheter (Brenden, 2012).

Det er viktig å ta i betraktning at den døende også har rettigheter på lik linje som alle andre pasienter. Dette er viktig å huske på for å kunne utøve god sykepleie til døende pasienter. I følge lov om pasient- og brukerrettigheter § 4-9 (2001) står det at den døende har retten til å motsette seg livsforlengende behandling.

2.4 Hensikt med oppgaven

Oppgaven skal kunne gi økt og relevant kunnskap innen hva sykepleier kan bidra med for å tilrettelegge og skape en verdig slutt på livet for den eldre pasient i sykehjem. Det skal belyse hvilke kunnskaper som kreves fra en sykepleier for å skape en fin og verdig slutt på livet.

Også informasjon om type kunnskap om hva sykepleier kan gjøre for hver enkelt pasient for å opprettholde deres behov og ønsker. Det er viktig at sykepleier har en forståelse for at alle mennesker er forskjellige og har forskjellige ønsker, også i forhold til døden. Sykepleiere skal kunne dra nytte av litteraturstudiet i sin praksis.

2.5 Avgrensning

Denne oppgaven skal belyse hva sykepleier kan bidra med til den eldre pasient for å gjøre den siste levetiden på sykehjem verdig. Vi har valgt å avgrense til den eldre, fordi vår erfaring er med pasienter over 60 år. WHO definerer mennesker over 60 år som eldre (WHO som sitert i Engedal 2018).

Vi ønsker også å fokusere på en normal død, der hjertet naturlig slutter å slå, og åndedretten opphører (Roald, 2017). Grunnen til at sykehjem står i fokus er både fordi erfaringen vår er herfra, og vi ser det som mer verdig å dø her. Vår oppfatning rundt verdigheten på sykehjem, er at det ofte er et roligere tempo her enn i sykehus, og at samarbeidet mellom profesjonene er preget av bedre kontinuitet. Vi ekskluderer også død i hjemmet fordi her vil ikke sykepleier se pasienten like ofte, samtidig som vi ikke har erfaring rundt død i hjemmet.

Vi har valgt å avgrense oppgaven med hovedfokus på hva sykepleier kan gjøre for pasienten gjennom livets slutfase og hvilke kunnskaper den må ha. Vi vil trekke inn pårørende som en brikke, da de oftest er viktige for pasienten i dens siste levedager.

2.6 Problemstilling

Hvordan kan sykepleier bidra til en verdig slutt på livet for den eldre pasient i sykehjem?

3. Metode

3.1 Litteraturstudie

I denne oppgaven blir litteraturstudie brukt som metode. En litteraturstudie innebærer at forfatterne bruker kunnskap fra vitenskapelige kilder, og systematiserer den. Når en systematiserer vil dette si å innhente litteratur som blir kritisk vurdert og til slutt sammenfattet (Magnus & Bakketeig 2000, som sitert i Thidemann 2015).

Hensikten med en litteraturstudie er å kunne gi leseren en oppdatert forståelse på det problemstillingen etterspør. Det skal også vises hvordan man har kommet fram til kunnskapen. En systematisk litteraturoversikt inneholder vurdert og oppsummert kunnskap og forskning innenfor et bestemt forskningsemne. Hensikten er å finne ut hva forfatteren vet, og ikke vet. Kunnskapshull skal avdekkes, samtidig som det skal vise videre vei for forskning (Thidemann, 2015).

Når man anvender systematisk søk, skal dette inneholde en beskrivelse av valgt søkestrategi, og hvordan valgte artikler blir analysert og kritisk vurdert. Funnene i artiklene som anvendes skal sammenlignes og til slutt skal artiklenes resultater kombineres, drøftes og presenteres. Mangler i dagens kompetanse kan vise behovet for videre studier i gjeldende tema. Allikevel kan resultatene gi ny innsikt som bidrar til å svare på valgt problemstilling (Aveyard, 2014).

Svakheten med litteraturstudier kan være at studiens forfatter kan endre på informasjonen eller ekskludere gjeldende artikler. Dette kan føre til at resultatet av valgte artikler blir mest mulig relevant for problemstillingen. Det er viktig at søkeprosessen og evaluering av litteraturen er definert, så leseren får muligheten til å undersøke forskningsartiklene som er benyttet (Aveyard, 2014).

3.2 Kvantitativ forskning

Kvantitativ forskning omhandler tall og målbare enheter, som vil si eksakt faktakunnskap. I kvantitative metoder er det vanlig å telle, måle eller kalkulere, og dette resulterer ofte i statistikker som kan fremstilles ved hjelp av grafer og tabeller (Kvantitativ metode, 2017) (Thidemann, 2015).

Kvantitative datainnsamlingsmetoder er egnet dersom søkeren vil ha svar på spørsmål som sier noe om hvor mye og hvor ofte, eller mer effektiv enn...?

Dersom kvantitative metoder brukes, er spørreskjema med svaralternativer, intervjuer og eksperimenter helt nødvendige å bruke for å samle inn gode data. Det som kjennetegner denne metoden er breddekunnskap. Man får et lite antall opplysninger fra mange undersøkelsesenheter (Thidemann, 2015).

3.3 Kvalitativ forskning

Kvalitative datainnsamlingsmetoder er lønnsomt dersom søkeren vil ha svar på spørsmål som sier noe om hva betyr, hvordan foregår, eller hvordan noen opplever noe? Det å finne meningssammenhenger er relevant for kvalitative metoder. Her brukes dybdeintervju, direkte observasjon, feltarbeid og dokumentanalyse av deltakere for å samle informasjon. Det brukes færre undersøkelsesenheter enn ved kvantitativ metode, og man ønsker en dybdekunnskap. Det bli sjeldnere brukt statistikk i disse studiene, enn hva det blir brukt i kvantitativ forskning. Dataene som blir funnet ved kvalitative metoder, kalles myke data. Kvalitativ forskning er oppfølging av en kvantitativ forskning. Dette er for å fullstendigjøre uklarheter og overraskende resultater som er funnet i den kvantitative forskningen. Deltakerne i kvalitative studier blir ikke tilfeldig valgt, noe derimot deltakerne i kvantitative studier blir (Aveyard, 2014) (Thidemann, 2015).

Svakheten med kvalitativ forskning er at resultatene bygger på subjektive erfaringer som kan være krevende å beskrive spesifikt. Forskerne må derfor være forsiktige med kunnskapen som prosesseres. De må være rustet til å se mønstre i resultatene for å kunne kombinere dem sammen til en helhet. Det kan være en utfordring å avgrense resultatene, men samtidig beholde de sentrale funnene (Polit og Beck, 2014).

Det kan bli brukt noe som er kalt cherry picking. Dette vil si at man velger de beste personene eller tingene fra en gruppe, samtidig som man utelater det som er mindre bra og det som vil føre til et dårligere resultat (Oversatt fra: Woodford, 2016).

Semistrukturert intervju er en del av kvalitativ forskning. Dette er et intervju der spørsmålsformuleringen ikke er nøyaktig nedtegnet. Det blir i stedet brukt stikkord eller beskrivelser av intervjueren når han formulerer spørsmålet (Malt, 2015).

3.4 Søkestrategi som blir brukt

For denne oppgaven vil kvalitativ forskning være relevant. Grunnen til dette er fordi det bygger på hva noe betyr, hvordan noe foregår, eller hvordan noen opplever noe (Thidemann, 2015). Denne metoden vil være mest aktuell siden en verdig slutt på livet ikke måles ved hjelp av tall og tabeller, så lenge døden kan være en subjektiv og individuell opplevelse.

De systematiske litteratursøkene er utført i databasene PubMed og SveMed+. Begge databasene som ble brukt har sykepleiefaglig relevans. Vårt ønske var å finne norske artikler, derfor ble den nordiske databasen Svemed+ anvendt. Vi fant også en artikkel på Pubmed, da vi så at denne var relevant i forhold til tema og kultur. Selv om studien er utført ved sykehjem i England, er kulturen og innholdet relevant, og forholdene viser seg å være veldig like i Norge.

3.4.1 Strukturerte søk

Ut ifra problemstillingen vår som omhandler hva sykepleier kan bidra med for en verdig slutt på livet hos den eldre pasient i sykehjem, har disse søkeordene blitt brukt i søkestrategien: omsorg, livets slutt, sykehjem, palliativ, sykepleier, verdighet, død, eldre, helsepersonell.

Det er blitt brukt ulike søkeord for å finne ulike artikler som gir svar på vår problemstilling. Vi har valgt å avgrense søket med å kombinere søkeordene ved hjelp av funksjonen ‘AND’. Grunnen til at funksjonen ‘AND’ ble brukt, var for å ekskludere artikler som ikke handlet om gjeldende tema, men også for å begrense søket så det ikke ble for vidt. Vi valgte derfor å ikke bruke funksjonen ‘OR’. Norske og engelske søkeord ble brukt, fordi vi ønsker å skrive om skandinavisk/vestlig kultur, da verdighet rundt døden kan være annerledes ved andre kulturer i verden.

30 sammendrag ble lest, før vi fant frem til de fem artikkelene vi valgte å bruke. Vi valgte å bruke de fem artikkelene da disse var relevante i forhold til valgt tema, samtidig som de har et sykepleiefaglig fokus. Artikkelene oppfyller alle våre inklusjonskriterier, og etter kritisk vurdering er innholdet troverdig. ‘

3.4.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Søket vil bli begrenset med ulike inklusjon- og eksklusjonskriterier. Artiklene som er valgt vil bli vurdert for relevant stoff og forskning. Artiklene vil bli sjekket opp mot register over vitenskapelige publiseringskanaler for å se om de er fagfellevurderte på nivå 1 eller 2 (NSD, 2018). For å finne ut om artikkelen er fagfellevurdert og dermed vitenskapelig, søker man opp artikkelens tidsskrift eller ISSN-nummer. At en forskningsartikkel er fagfellevurdert vil si at den er kvalitetsvurdert av fagpersoner. Dersom artikkelen er godkjent, bli den publisert i et vitenskapelig tidsskrift, altså et fagfellevurdert tidsskrift (Østerdal, 2016). Dersom tidsskriftet er fagfellevurdert på nivå 1, vil det si at den har en normal uttelling, og dekker de kanalene som utgir 80% av publikasjonene. Er den fagfellevurdert på nivå 2, vil det gi ekstra uttelling. Tidsskriftet inneholder artiklene som er de best kvalitetskrevene, og dette inneholder 20% av publikasjonene (Publikasjonskanaler, nivåer og poeng, 2015).

Et inklusjonskriterie er at artikkelen skal følge IMRAD- struktur. Dette er en anbefaling for en vitenskapelig artikkel. IMRAD er en mal som bygger opp en vitenskapelig artikkel. IMRAD står for introduksjon, metode, resultater og diskusjon (Polit og Beck, 2017).

Nyere forskning vil bli brukt for å gjøre oppgaven mest relevant til dags dato. Forskingen bør ikke være mer enn ti år gammel. Dersom det blir gjort funn av artikler som er eldre enn ti år, men fortsatt er relevante for oppgaven vil artiklene vurderes. Innholdet vil undersøkes opp mot om det passer til dagens praksis. Faglitteraturen er ofte, og kan være noe eldre, så lenge dette er relevant og ikke har endret seg. Det bør være litteratur som kjennes igjen fra dagens praksis.

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Eldre over 60 år	Pasienter under 60 år
Forventet død	Brå/uventet død
Forskning som ikke er eldre enn 10 år	Forskning som er eldre enn 10 år
Livets slutt	
Sykehjem	Hjemmeboende og sykehus
Skandinavisk/ vestlig kultur	Andre kulturer
Fagfellevurdert på nivå 1 eller 2	Ikke fagfellevurdert
IMRAD- struktur	
Pre-terminal fase	Terminal fase

3.5 Matriser for artikler

Omsorg og behandling ved livets slutt i sykehjem

Søkeord	Database	Kombinasjoner	Antall treff
1. Omsorg	SveMed+		4240
2. Livets slutt			23
3. Sykehjem			1229
		1 AND 2	19
		1 AND 2 AND 3	5

Living and dying with dignity: a qualitative study of the views of older people
in nursing homes

Søkeord	Database	Kombinasjoner	Antall treff
1. Dignity	PubMed		6144
2. Death			74160
3. Nursing home			82335
		1 AND 2	1402
		1 AND 2 AND 3	76

Da det ble 76 treff, noe som er i overkant mye, måtte det begrenses for å minske treffene. Vi valgte å avgrense med full tekst, og velge kun artikler publisert de siste 10 år. Vi avgrenset også med å velge artikler som omhandlet mennesker. Her ble søket avgrenset til 30 treff.

Hva er den «gode død»?

Søkeord	Database	Kombinasjoner	Antall treff
1. Sykehjem	Svemed+		1233
2. Palliativ			1083
3. Sykepleier			4445
		1 AND 2	56
		1 AND 2 AND 3	15

Er sykehjemmet et verdig sted å dø?

Søkeord	Database	Kombinasjoner	Antall treff
1. Sykehjem	Svemed+		1233
2. Verdig			16
3. Død			926
		1 AND 2	3
		1 AND 2 AND 3	2

Hva er en god død i sykehjem?

Søkeord	Database	Kombinasjoner	Antall treff
1. Eldre	SveMed+		17 308
2. Sykehjem			1 237
3. Palliativ			1 084
4. Helsepersonell			10 806
		1 AND 2	924
		1 AND 2 AND 3	40
		1 AND 2 AND 3 AND 4	27

Vi synes at 27 treff ble litt i overkant mye. Her kunne vi ha minsket med og avgrenset med full tekst, og velge artikler fra de siste ti år. Da kunne vi risikert å miste gode artikler. Vi valgte å heller bruke tid på å lese gjennom sammendrag, og finne artikler som var relevante for vår problemstilling og som inneholdt våre inklusjonskriterier.

3.6 Forskningsetikk

Helseforskningsloven skal strukturere etisk og god forskning innen medisin og helsefag. Loven trådte i kraft 1. juli 2009. I denne loven er det fastslått at all forskning innen gjeldende område skal søkes om. Deretter skal den godkjennes av den regionale komiteen for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (Helseforskningsloven, 2008).

Forskningsetikk inneholder normer, verdier og institusjonelle ordninger som er med på å tilpasse virksomheten som omhandler forskning. Med dette innebærer ansvaret man har ovenfor medarbeidere, mennesker generelt, miljøet og samfunnet. Det omhandler også det faktum at man på etterkomme sanne og falske påstander. Forskning innen medisin handler i stor grad om å ikke skade eller belaste deltakerne. Samtidig skal personvernet beskyttes og forskeren skal sikre troverdigheten av resultatene (Nylenna og Torp, 2017).

Det er ulike prinsipper som skal følges når det gjelder forskning. Forskerne skal behandle deltakerne med respekt. Forskningen skal ha gode konsekvenser, men uheldige konsekvenser kan også oppstå, noe som må være akseptert av forskeren. Utformingen og utføringen av prosjektet skal være rettferdig. Forskeren må vite om hvilke normer den skal følge, og utføre alt på en forsvarlig måte (De nasjonale forskningsetiske komiteene, u.å)

3.7 Analyse av funn

Det vi ønsket å finne frem til i de ulike artiklene er hvilke kunnskaper sykepleier må ha, og hva sykepleier kan bidra med for at en pasient skal oppleve en verdig slutt på livet i sykehjem.

Tematisk analyse ble brukt, noe som innebar at vi fant ut hvilke mønstre som gikk igjen i artiklene (Polit og Beck, 2010). Vi vurderte innholdet i alle artiklene kritisk, altså vi kvalitetsvurderte dem. Videre sammenlignet vi de ulike resultatene fra alle valgte artikler, og ved hjelp av dette fant vi 3 hovedresultater som gikk igjen i artiklene. Vi valgte å vektlegge noen artikler mer enn andre i resultatene, da noen viste seg å være mer relevante og sterkere for vårt tema og problemstilling (Thidemann, 2015).

4. Resultater

4.1 Presentasjon av vitenskapelige artikler

Omsorg og behandling ved livets slutt i sykehjem

Referanser	Hensikt	Metode	Resultater	Kildekritikk
<p>Wille, I, L og Nyrønning, S. (2012) Omsorg og behandling ved livets slutt i sykehjem, <i>Geriatrisk Sykepleie</i>, 4(3), s. 10-16.</p> <p>Norsk studie</p>	<ol style="list-style-type: none">1. Implementering av standard ved livets slutt.2. Sikre kvalitet på tjenesten.3. Kunnskapene hos sykepleieren.	<p>Forskningsmetode: Kvalitativ forskning</p> <p>Forskningsdesign: Strukturert intervju</p> <p>Deltakere: 10 sykepleiere og hjelpepleiere</p>	<p>Innføring av standarden som sykehjem skal følge for å oppnå en verdig død hos eldre i sykehjem i gjeldende by.</p> <p>Gruppen av hjelpepleiere og sykepleiere skulle være en ressurs for andre kollegaer, og fikk derfor en grundig veiledning ved palliative avdelinger.</p> <p>Prosjektgruppa var kritiske til dagens praksis. Av den grunn diskuterte deltakerne kvalitetsforbedring, samtidig som dem jobbet med å utarbeide standardene.</p>	<p>Styrker: Følger IMRAD-struktur</p> <p>Fagfellevurdert nivå 1 på NSD</p> <p>Samarbeid med palliative sykehjem</p> <p>Arbeidet ble kvalitetssikret av ulike fagmiljøer</p> <p>Svakheter: Både sykepleiere og hjelpepleiere deltok. Vår oppgave omhandler sykepleieren.</p>

Living and dying with dignity: a qualitative study of the views of older people in nursing homes

Referanser	Hensikt	Metode	Resultater	Kildekritikk
<p>Hall, S., Longhurst, S., og Higginson, I. (2009) Living and dying with dignity: a qualitative study of the views of older people in nursing homes, <i>Age and ageing</i>, 38 (4), 411-416.</p> <p>Engelsk studie</p>	<p>1. Finne generaliserbarheten av verdighetsmodellen for eldre pasienten i sykehjem.</p> <p>2. Hva pasienter forbinder med verdighet i forhold til sykdom, umyndiggjøring og sosiale aspekter.</p> <p>3. Finne generaliserbarheten for Chochinovs verdighetsmodell</p>	<p>Forskningsmetode: Kvalitativ forskning</p> <p>Forskningsdesign: Induktiv og deduktiv metode</p> <p>Deltakere: 18 pasienter fra sykehjem</p>	<p>Noen av pasientene syntes at symptomene og funksjonstapene i forbindelse med alder var mer krenkende enn sykdommen.</p> <p>Verdighetsterapi viser seg å kunne styrke pasientens følelse av verdighet.</p> <p>Det var sykdom- og sosiale aspekter, samt umyndiggjøring som viste seg å påvirke verdigheten</p>	<p>Styrker: Fagfellevurdert nivå 2 på NSD</p> <p>Det ble tatt lydopptak av intervjuene. Dette gjorde det mulig å gjenspile opptakene.</p> <p>Analysen bygger på verdighetsmodellen og pasientenes synspunkter, noe som kan få frem det som ikke ville kommet frem ved kun bruk av modellen.</p> <p>Svakheter: Det er bare pasienter som er deltakere. Pasientene kan lide av demens, noe som kan påvirke resultatet.</p> <p>Engelsk artikkel. Ønsket helst norske artikler grunnet kultur.</p>

Hva er den «gode død»?

Referanser	Hensikt	Metode	Resultater	Kildekritikk
<p>Andrè, B. (2014) Hva er den «gode død»? <i>Geriatrisk sykepleie</i>, 6 (3), 18-25.</p> <p>Norsk studie</p>	<p>1. Finne ut hva faglitteratur og forskning sier om begreper “gode død”?, og hvilke konsekvenser dette kan få for sykepleier.</p>	<p>Forskningsmetode: Kvalitativ forskning</p> <p>Forskningsdesign: Integrerende intervju</p> <p>Deltakere: Faglitterære og vitenskapelige publikasjoner. 13 stk</p>	<p>Den “gode død” er et flerdimensjonalt begrep. Begrepet kan inneholde konkrete tiltak og tilrettelegging.</p> <p>Bedre dokumentasjon, symptomlindring, kommunikasjon og kompetanse er viktig for å tilrettelegge for en god og verdig død for eldre pasienter.</p>	<p>Styrker: Følger IMRAD-struktur</p> <p>Fagfellevurdert nivå 1 på NSD</p> <p>Døden i sammenheng med rus, vaksiner og sykehusinnleggelser er ekskludert.</p> <p>Det ble forsket på hva som karakteriseres som den gode død for eldre.</p> <p>Svakheter: Det er brukt andre artikler i studien. Forfatteren kan ha mistolket innholdet.</p> <p>I Norge er det begrenset forskning på begrepet døden. Dette kan ha påvirket resultatet i den vitenskapelige artikkelen.</p>

Er sykehjemmet et verdig sted å dø?

Referanser	Hensikt	Metode	Resultater	Kildekritikk
<p>Steindal, S.A. og Sørbye, L.W. (2010) Er sykehjemmet et verdig sted å dø? <i>Sykepleien Forskning</i>, 5 (2), 138-145.</p> <p>Norsk studie</p>	<p>1. Kunnskap om overflytting fra sykehjem til sykehus i livets slutfase.</p> <p>2. Drøfte hvordan pårørende skal oppleve døden som mer verdig for deres nærmeste i sykehjem.</p>	<p>Forskningsmetode: Kvalitativ forskning</p> <p>Forskningsdesign: Semistrukturerte intervjuer</p> <p>Deltakere: Pårørende etter 50 (43%) dødsfall deltok</p>	<p>Pårørende mener at bedre kompetanse hos helsepersonell kan bidra til at behovet hos de eldre blir i større grad dekket.</p> <p>Behov for mer språkopplæring så helsepersonell snakker godt norsk. God kommunikasjon er helt essensielt.</p> <p>Pårørende oppdaget at ressurser som var tilgjengelig hos pasienten ikke ble tatt i bruk tilstrekkelig.</p>	<p>Styrker: Følger IMRAD-struktur</p> <p>Fagfellevurdert forskning på sykepleien.no</p> <p>Pårørende sine opplevelser rundt verdigheten til den døende ved sykehjem.</p> <p>Svakheter: Var å finne på sykepleien.no, men ikke på sykepleien forskning. Dette motsier at den faktisk er vitenskapelig.</p> <p>Omhandler også sykehus og pårørende.</p> <p>De som ønsket, lot seg intervju. Dette kan ha påvirket resultatet ved at de som er mest misfornøyd/fornøyd ikke ønsket å la seg intervju.</p>

Hva er en god død i sykehjem?

Referanser	Hensikt	Metode	Resultater	Kildekritikk
<p>Gjerberg, E. og Bjørndal, A. (2009) Hva er en god død i sykehjem, <i>Sykepleien Forskning</i>, 2 (3), 174-180.</p> <p>Norsk studie</p>	<p>1. Finne mer kunnskap om hva en 'god død' for den eldre på sykehjem er.</p> <p>2. Hvilke betingelser må ligge i grunn for en god dødsprosess?</p>	<p>Forskningsmetode: Kvalitativ forskning</p> <p>Forskningsdesign: Semistrukturert intervju</p> <p>Deltakere: 14 personer (åtte sykepleiere, tre hjelpepleiere, to leger og en prest), ansatt ved fem sykehjem, i fire helseregioner</p>	<p>Fire sentrale temaer:</p> <p>→ God symptomlindring → Slippe å være alene, trygghet → Ivaretagelse av pårørende → Unngå livsforlengende behandling</p> <p>Respekt for pårørende og pasienten. Tilstrekkelig observasjon og dokumentasjon.</p> <p>Gode rutiner og kompetansenivå på behandling ved livets slutfase.</p>	<p>Styrker: Følger IMRAD-struktur</p> <p>Fagfellevurdert forskning på sykepleien.no</p> <p>Ulike sykehjem og helseregioner. Dette kan styrke studiens pålitelighet.</p> <p>8/14 deltakere er sykepleiere.</p> <p>Svakheter: Var å finne på sykepleien.no, men ikke på sykepleien forskning. Dette motsier at den faktisk er vitenskapelig.</p> <p>Deltakere som hjelpepleiere, leger og prest.</p> <p>Kun basert på ansattes oppfatning av en verdig død, noe som kan påvirke resultatet.</p>

4.2 Hovedfunn fra artikler

4.2.1 Kunnskap hos sykepleier

I artikkelen til Wille og Nyrønning (2012) var den ene målsettingen å øke kompetansen og utvikle kunnskaper og ferdigheter hos de ansatte innen behandling ved livets slutt.

Sykepleiefaglig veiledning har ikke vært vanlig i sykehjem. Trolig er dette på grunn av redusert veilederkompetanse og at det har vært for ressurskrevende. Deltakerne i veiledningsgruppa ved denne studien sier at veiledning har hjulpet dem til å begrunne valgene sine på en mer profesjonell og kunnskapsbasert måte enn før (Wille og Nyrønning, 2012).

En kartleggingsundersøkelse ble utført for å finne behovene for kompetanse hos de ansatte. Der det var størst behov for å øke kompetansen var ved smerte- og symptomlindring, psykisk og fysisk omsorg for pårørende og pasient, og stell av den døende (Wille og Nyrønning, 2012). I undersøkelsen til studien "Er sykehjemmet et verdig sted å dø?" mener pårørende at det er behov for mer faglært personell, økte norskkunnskaper, og helsepersonell med økt kompetanse innen palliasjon ved norske sykehjem. Det er i Norge økt interesse for pleie ved livets slutt, men likevel er kunnskapen dårlig systematisert (Steindal og Sørbye, 2010) (Gjerberg og Bjørndal, 2009). Det er en høy andel ufaglærte, og i juni 2006 var en tredel av ansatte i pleie- og omsorg uten fagutdanning (Tjenestekvalitet i pleie og omsorg (2006), som sitert i Gjerberg og Bjørndal 2009).

4.2.2 Hva er verdighet, og synspunkter på dette?

Den andre målsettingen til Wille og Nyrønning (2012) var å utvikle en standard for sykehjemspasienten, så han kunne avslutte livet med verdighet, samt at pårørende ble godt ivaretatt.

Anne som er pasient ved et av sykehjemmene hvor studien ble utført, sier at verdighet har mye med rutiner å gjøre. Etter at hun kom på sykehjem står hun fortsatt tidlig opp, siden dette er noe hun har gjort hele livet. Men hun føler at på sykehjemmet har hun ingenting å gjøre, og hennes tidligere rutiner er helt borte (Hall, Longhurst og Higginson, 2009).

Respekt, samarbeid og trygghet for både pasient og dens pårørende er viktig for å kunne få til en verdig livsavslutning. For pasienten er det også viktig med god symptomlindring, og at det blir tatt en vurdering av om enkelte behandlinger lenger er nødvendig, for å unngå unødig livsforlengende behandling. Her er det viktig med god kompetanse rundt personalet som omgås pasienten, for å kunne ta riktige beslutninger. Personalet må også anvende systematisk observasjon, videre god dokumentasjon, og ikke minst gode og strukturerte rutiner. Noe som anses som viktige forutsetninger for en verdig livsavslutning, er at det er kontinuitet i relasjonen mellom personalet, pasient og pårørende (Gjerberg og Bjørndal, 2009). Dette sier også Wille og Nyrønning (2012) noe om. I tillegg mener dem at det er viktig å rette fokus mot psykiske forhold som kan bli påvirket den siste levetiden.

Det er viktig å iverksette livsforlengende behandling og innleggelse på sykehus når pasienten anses som så syk at dette vil gjøre mer skade enn nyttiggjørelse og ivaretagelse av verdighet er et omdiskutert tema. I artikkelen til Gjerberg og Bjørndal (2009) konkluderes det med at unødvendig livsforlengende behandling gjør mulighetene for en verdig slutt på livet dårligere.

Det antas at døden har en subjektiv og en objektiv dimensjon. Det er pasienten selv som kan si noe om hva som er en verdig død. Det menes at den subjektive dimensjonen speiles av pasientens egne opplevelse av døden. Med den objektive dimensjonen innebærer den for eksempel at pårørende og personalet kan oppdage handlinger som kan krenke pasientens verdighet (Gjerberg og Bjørndal, 2009).

Poenget i studien til Hall, Longhurst og Higginson (2009) var å finne ut generaliserbarheten for Chochinovs verdighetsmodell. I helsesektoren i europeiske land er det viktig å opprettholde verdigheten, da deres bekymring for tap av verdighet i omsorgen er stor. Pasientens tap av kroppsfunksjoner, autonomi og stolthet kan utfordre verdighetsfølelsen. Allikevel synes mange pasienter at disse tapene er overkommelige i livets slutfase, så lenge de kognitive funksjonene er intakt (Hall, Longhurst og Higginson, 2009).

4.2.3 Hva kan sykepleier bidra med i forhold til livets slutfase i sykehjem?

Pårørende hadde forventninger til sykepleier og sykehjemmet som de følte ikke ble innfridd. Samtidig hadde pårørende sagt at det kunne virke som pasientene ikke mente det samme (Steindal og Sørbye, 2010).

Sykepleier har en vesentlig rolle i pasientens siste fase av livet. Det er viktig med konkrete tiltak som god og kontinuerlig dokumentasjon, kommunikasjon, symptomlindring og kompetanse. Disse faktorene er helt avgjørende for sykepleier for å kunne bidra til en verdig slutt på livet, og den 'gode død' for pasienten inneliggende på sykehjem (André, 2014).

Behovene for ernæring og personlig hygiene må ivaretas av personalet, mener pasientenes pårørende. De ansatte må også sørge for at pasientens livskvalitet blir hevet ved å igangsette ulike tiltak. Pårørende i denne studien mente at sykehjemmet hadde en flott hage som ikke ble tatt i bruk for pasientene. En datter til en 88 år gammel kvinne mente at personalet ikke aktiviserte hennes mor nok, da hun trengte hjelp til bevegelse. Flere mente at deres forfedre, altså pasientenes behov ikke ble tilstrekkelig ivaretatt (Steindal og Sørbye, 2010).

Pasienten skal ikke behøve å være alene den siste tiden. For å kunne få til dette var det svært viktig med et godt samarbeid med pasientens pårørende. Strukturen på sykehjemmet var også viktig. Pasientene kan ha en angst for det ukjente, og derfor er det viktig at de og pårørende blir informert om at alle symptomer skal lindres så godt det lar seg gjøre (Gjerberg og Bjørndal, 2009).

Dødsangst er et symptom som kan oppstå i livets slutfase. I studien til André (2014) ble det skrevet at det var viktig med en beskrivelse av dødsangsten, og hvordan dette kunne arte seg hos eldre. Det var også viktig å finne ut hvordan dødsangsten kunne lindres. Andrés studie sier at dødsangst øker med alderen. Det er derfor viktig å tenke på at eldre har samme behov for palliativ omsorg som de yngre. Kunnskapsutviklingen innen palliativ omsorg basert på eldre er derfor viktig (André, 2014).

5. Drøfting

5.1 Kunnskap hos sykepleier

5.1.1 Kunnskap

Kunnskap hos sykepleier er helt essensielt for å oppnå verdighet rundt pasienten, både under aktiv behandling og ved lindrende behandling i livets slutfase (Grov, 2014). Allikevel finnes det lite kunnskap både på systematisk og vitenskapelig nivå når det gjelder ‘den gode død’, særlig hos eldre (Andrè, 2014).

Hos eldre pasienter er det vanlig med et sammensatt sykdomsbilde. Dette sykdomsbildet er vedvarende helt til livets slutfase, og medfører at sykepleier må kunne møte utfordringer dette medfører. Det er viktig at sykepleier innehar kunnskaper om både enkelte sykdommer og kombinasjoner av sykdommene. Det er viktig at de kan noe om utviklingen av sykdommer mot livets slutt (Grov, 2014). Kunnskap handler om ferdigheter, forståelse, oppmerksomhet og kjennskap til en person eller et tema. Kunnskapen kan brukes som et formål. Kunnskapen kan bli utnyttet og behandlet på ulike måter fordi den oppstår mellom mennesker (Kunnskap, u.å). Vår erfaring rundt kunnskapen til sykepleiere er at den oppleves spredt, og svært varierende ut i fra erfaringer og generell kunnskap. Vi opplever at sykepleiere som jobber lite med døende pasienter ofte kan være usikre på medikamenthåndtering, sykdommer, kommunikasjon med pårørende og pasientrelasjonen ved livets slutfase. En naturlig del kan være at sykepleiere som jobber tett på døende pasienter jobber i tryggere omgivelser. Vi tenker at derfor bør det være mer fokus på livets slutt, da dette er en sårbar tid for både pasient og pårørende.

Som sykepleier er det viktig å ha kunnskap om hvilke muligheter pasienten har selv om han er syk, ligger på dødsleiet og har igjen kort levetid. Det er viktig å være løsningsorientert for å kunne hjelpe pasienten så langt det lar seg gjøre. Det kan dreie seg om å skaffe en advokat for å skrive testament, eller kontakte en prest for en samtale.

5.1.2 Palliasjon

For å kunne gi god omsorg, er det også viktig å kunne se personen “bak” pasienten. Bak sykdommen, lidelsen og muligens fortvilelse og sorg, vil det finnes en person som har levd et liv. Som sykepleier må man ha faglig og relevant kunnskap om hva det vil si å være gammel, og det å være avhengig av hjelp og bistand til dagligdagse gjøremål. Når pasienten blir syk, og døende, kan det føre med seg en del utfordringer og behov som må ivaretas (Kirkevold, 2014).

Sykepleiere har behov for å øke kunnskapen rundt palliasjon. Dette innebærer kunnskap rundt smerte- og symptomlindring, ivaretagelse av psykiske og fysiske behov, stell av den døende og yte omsorg for pårørende (Thoresen og Dahl, 2015). Ifølge Thoresen og Dahl (2015) har nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen noen minstekrav. Dette er blant annet at sykehjemmene skal kunne utøve grunnleggende palliasjon, aktiv behandling og pleie- og omsorg av pasienter med en uhelbredelig sykdom, og med kort forventet levetid. Andrè (2014) skriver at en artikkel i hennes studie mener at palliativ omsorg er like nødvendig hos eldre som hos andre aldersgrupper. Dette er ifølge Andrè en viktig forskning, i og med at kunnskapsutviklingen når det gjelder palliativ pleie har vært basert og fokusert på andre aldersgrupper enn eldre.

Noen mener at palliasjoner når pasienten har i mellom 9-12 måneder forventet levetid. Den faktiske palliative fasen starter opp når en pasient får en uhelbredelig sykdom og den aktive og kurerende behandlingen avsluttes. Når det gjelder palliasjon så innebærer dette også arbeidet med de etterlattes sorg (Helsedirektoratet, u.å).

I vår praksis har vi opplevd pasienter som har vært i den palliative fasen i mer enn 12 måneder. Selv om all aktiv behandling er avsluttet, så har vi sett at pasienter har fått lindrende behandling i form av for eksempel palliativ strålebehandling. Dette er for å lindre plager som kan oppstå av blant annet langtkommen cancersykdom. Vår erfaring rundt begrepet “palliasjon”, er at mange tror at den palliative fasen er når pasienten betegnes som pre-terminal og terminal. Vi opplever at disse begrepene faller litt om hverandre hos personer som ikke har erfaring, eller jobber innen helse. Myskja (2012) definerer den pre-terminale fasen som de 2-3 ukene før døden inntreffer.

Bruker sykepleier ordet ‘‘palliativ’’ til pårørende, så skal pårørende da videre tro at deres nære skal dø om kort tid, kanskje dager? Her mener vi at det er viktig at sykepleier forklarer pasient og pårørende dette begrepet, da det kan skape forvirring og fortvilelse. Vi har erfart mye dårlig kommunikasjon mellom pasient, pårørende, sykepleier og lege som har skapt misforståelser.

5.1.3 Kompetanse og kommunikasjon

For å sikre høy faglig kvalitet er kompetanse blant sykepleier i sykehjem er viktig. Dette er kunnskaper om systematiske planer og forbedringsarbeid for å heve kompetansen blant de ansatte. Dersom lederen lykkes med å øke fokus på forbedringsarbeid i hverdagen i sykehjemmet, vil dette bidra til å sikre ferdigheter i forbindelse med pleie og omsorg (Wille og Nyrønning, 2012). Dersom de ansatte ved sykehjemmet har nok kunnskaper og ressurser, kan det være en fordel for pasientene å bli behandlet i kjente omgivelser. Her kan det være både lege og sykepleiere som kjenner pasienten, og dermed kjenner til deres behov og ønsker. Dette kan bidra til å fremme kontinuiteten i pleien (Steindal og Sørbye, 2010).

Det er samtidig utfordringer til det å dø i sykehjem. Pårørende sier at det er mangel på faglært helsepersonell med nødvendige språkkunnskaper og videre kunnskap om palliasjon (Toresen og Dahl, 2015). Pårørende sier også det samme i artikkelen til Steindal og Sørbye (2010). Samtidig er helsetilsynet bekymret for de mange ansatte som har en fremmedspråklig bakgrunn. Kommunikationsproblemer mellom helsepersonell og pasienter, samt svikt i overføring av informasjonen kan oppstå på grunn av utilstrekkelig språkforståelse og dårlige norskkunnskaper (Steindal og Sørbye, 2010).

Kommunikasjon er helt sentralt i helsearbeidet som utføres. Dette gjelder både i relasjonen mellom sykepleier, pasient, pårørende og kollegaer. Arbeidsdagen kan bli lettere dersom det er god kommunikasjon, da dette bidrar til å sikre kvalitet i helsetjenestene som ytes. Vi har to former for kommunikasjon, verbal- og nonverbal kommunikasjon. Verbal kommunikasjon innebærer at innholdet blir språklig formidlet, dette presenteres enten skriftlig eller muntlig. Nonverbal kommunikasjon innebærer kommunikasjon på andre måter. Dette kan være kommunikasjon via kroppsspråk, holdninger, mimikk eller berøring. Det er helt vanlig at det oppstår misforståelser, feiltolkning av informasjon og reaksjoner basert på følelser i kommunikasjonen (Eide og Eide, 2000).

5.2 Hva er verdighet, og synspunkter på dette?

5.2.1 Forandringer hos eldre

Hall, Longhurst og Higginson (2009) skriver at deres forståelse av Eldres bekymring for å miste verdigheten i sykehjem kan beskyttes ved bruk av verdighetsbehandling. De mener også at siden behandlingen strekker seg over kort tid og den kan gis ved sengen til den eldre av en profesjonell, så er det mulig å utføre dette i uansett tilstand (Hall, Longhurst og Higginson, 2009)

Det er tre hovedtemaer i Chochinovs verdighetsbehandling, disse går ut på å leve i nuet, opprettholde normaliteten i livet og søke åndelig trøst. Dette kunne være en utfordring for de som bodde i sykehjem, da det viste seg at rutiner i sykehjemmet var annerledes enn fra hjemmet. Chochinovs verdighetsmodell stemte på mange områder, men at det ikke var noe faktisk bevis på at tap av verdighet var relatert til døden. Derimot var det mange som synes at en følelse av tap av autonomi og at alderdommen påvirket verdigheten (Hall, Longhurst og Higginson, 2009). Verdighetsterapi ble laget av Dr. Harvey Max Chochinov. Denne ble utviklet for å hjelpe pasienter som var i livets slutfase (Dignity in care, 2016).

Det kan være en rekke forandringer hos den eldre pasient ved livets slutfase. Dette kan være forandringer som skyldes alder og sykdom, eller at døden nærmer seg (Thoresen og Dahl, 2015). Det er viktig at selv ved livets slutt så skal pasienten kunne ha kontroll over eget liv og egne kroppsfunksjoner (Anderberg et.al som sitert i Knutstad 2010). Likevel er det noen pasienter som kan oppleve at kreftene forsvinner, og at kontrollen over egne kroppsfunksjoner opphører. Her skal sykepleier kunne ivareta pasientens behov, som han ikke klarer å ivareta på egenhånd lenger. Pasienten kan føle seg til bry og lite verdt, dermed trenger sykepleier kompetanse for å ivareta verdigheten til den hjelpetrengende pasienten (Thoresen og Dahl, 2015) (Grov, 2014). Det å ikke føle seg som en byrde er viktig for flere av pasientene. Andre ting som viser seg å true verdigheten er sykdom, avhengighet av pleie, indre styrke og en følelse av å ikke lenger kunne kontrollere kroppen (Hall, Longhurst og Higginson, 2009).

Relatert til døden har det helsefaglige fokuset vært på symptomlindring, mens pasientens fokus har vært på avhengighet, tap av kontroll og dermed tap av verdighet. Flere har forsøkt å

definere ‘‘den gode død’’, og fravær av lidelser som er unødvendig for pasient og pårørende ved livets slutt (Andrè, 2014).

5.2.2 *Autonomi*

I forskriften en verdig eldreomsorg §3 (2010) står det at tjenestetilbudet skal utføres med respekt for den enkeltes autonomi og verdighet. For å oppnå disse målsettingene skal tjenestetilbudet legge til rette for at pasienten skal kunne få samtaler om lindrende behandling og en verdig død. Følelsen av autonomi er svært viktig, selv om pasienten er pleietrengende, kan han være klar og orientert, og kunne ta egne valg og beslutninger. ‘‘Autonomi- retten til å bli informert og til å velge selv’’ (Brinchmann, 2012, s. 89). I følge verdighetsgarantien skal man også tilby lindrende behandling og samtaler for eksistensielle spørsmål for å tilrettelegge for en verdig død (Wille og Nyrønning, 2012) (Verdighetsgarantien 2010). Begrepet autonomi defineres som en plikt. ‘‘*Autonomi*- plikten til å respektere autonome personers beslutninger’’ (Brinchmann, 2012, s. 85).

5.2.3 *Samhandling*

I studier om kvalitet på sykehjem, kommer det frem at godt samspill mellom pasient og sykepleier er helt avgjørende for å oppleve en følelse av ivaretagelse på en omsorgsfull, støttende og bekreftende måte. Dersom samspillet mellom pasient og sykepleier utfordrer pasientens verdighet og integritet, hjelper det ikke om pleien ellers er upåklagelig. Dersom samspillet oppleves utfordrende, kan pasienten føle krenkelse og ‘‘overgrep’’ (Kirkevold, 2014).

Forholdet mellom den profesjonelle, altså sykepleier og pasienten bør sees på som et dialogisk forhold mellom to likeverdige parter. Den profesjonelle har allikevel kompetansen til å vite de behovene pasientene har for behandling og pleie. Dette fører med seg at sykepleier får en særstilling. Dermed er det svært viktig at sykepleier ikke misbruker sin autoritære kraft til å skape en høyere posisjon. Makt er ikke bare knyttet til utdanning, men en konsekvens av fortroligheten og tilliten man kan ha hos pasienten. Dersom man er klar over det dialogiske fundament kan man klare å knytte autoritet i sammen med mellommenneskelige forhold (Thollin, 2009).

Det viser seg at fire krav må være oppfylt for å kunne få en god død, eller som vi kaller det; ‘en verdig slutt på livet’. Det må igangsettes forskning og opplæring innen palliasjon, noe som innebærer kunnskapen en sykepleier må tilegne seg. To andre ting som er viktig er riktig organisering og økonomiske rammer (Andrè, 2014). Samhandlingsreformen ble stykkevis innført fra den 1. januar 2012. Denne skulle bidra til bedre samarbeid mellom helsetjenestene (Regjeringen, 2014). Samhandlingen skulle bidra til organisering i helsetjenestene (Schibeavaag, Laugaland og Aase, 2015). Regjeringen ønsket med denne reformen å oppnå en koordinert helse- og omsorgstjenestene som klarte å ta hånd om de økonomiske utfordringene (St.meld. 47 (2008-2009)).

5.2.4 Respekt

Når sykepleiere skulle definere verdighet så kom det mange eksempler og ulike meninger. Men det viste seg at det var en ting som gikk igjen og det var å respektere pasienten som person (Hall, Longhurst og Higginson, 2009). Respekt for pasient og pårørende er en faktor som er nevnt for å gjøre den siste tiden så god og verdig som mulig. Det er viktig at pasienten blir verdsatt og sett gjennom hele sykehjemsoppholdet. Selv ved den siste fasen i livet, er det viktig å være like verdsatt, og bli tilsett like mye. Verdigheten ivaretas og preges av tid til stell, måten pasienten blir snakket til- toneleie og stemmebruk, skapelse av ro og et godt miljø rundt pasienten. For pasientens verdighet, ble det funnet ut at det var viktig med et personale pasienten kunne føle seg trygg på (Gjerberg og Bjørndal, 2009).

Volden som sitert i Fleiner (2013) skriver at pasientenes mulighet for opplevelse av respekt er å kunne gi tilbakemeldinger til sykepleier. Uten tilbakemeldinger vet ikke sykepleierne om de opptrer respektfullt (Fleiner, 2013). Sykepleier må kunne være forberedt på tilbakemeldinger fra pasienten når det kommer til deres arbeid. Det er viktig at de kan klare å endre sine tjenester og sitt arbeid etter respons og tilbakemeldinger fra pasienter og pårørende. Sykepleier må kunne være serviceinnstilt døgnet rundt, og kunne utføre pleie- og omsorgstjenester med respekt (Volden, 2013).

Ut i fra egne erfaringer kan det være vanskelig å vite om pasienten føler seg respektert og at verdigheten er i behold. Vi har sett at det å ta i fra pasienter daglige rutiner og de gjøremål de selv klarer kan virke krenkende. Allikevel må en sykepleier hjelpe til ved de områder det er nødvendig. Det å kunne la pasienten gjøre mest mulig selv og vise en respekt overfor pasienten ved å la den føle seg trygg er viktig. Samtidig som man ikke utfører handlinger slik

at pasienten føler at sykepleier har et maktforhold. Dette er erfaringer gjort i praksis, som kan knyttes opp til både litteratur og forskning.

5.3 Hva kan sykepleier bidra med i forhold til livets slutfase i sykehjem?

5.3.2 Rettigheter og plikter

“En verdig død er forbundet med at døende pasienter har noen hos seg i dødsøyeblikket” (Steindal, 2012). Også Gjerberg og Bjørndal (2009) trakk frem viktigheten med trygghet til pasienten om å slippe å være alene den siste tiden. Dette anses som en viktig faktor for å ivareta verdigheten ved livets slutt. Dette underbygges av FNs erklæring om de døendes rettigheter (Brenden, 2012). I NSF (2016) sine yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere står det blant annet at “Pasienten har rett til en naturlig og verdig død, og skal ikke dø alene”. Vår erfaring er at sykepleier ofte tilbyr den aller nærmeste pårørende en seng, så pasient og pårørende får brukt den siste levetid sammen. Vi har sett at dette tilbudet har vært svært populært og fint blant pasienten selv, men også blant pårørende. Vi har opplevd at mange pårørende er usikre på om dem vil dette, men har etter dødsfallet kommet og takket for at dem har blitt tatt så godt ivaretatt døgnet rundt, og påpeker da tilbudet angående seng og hvile.

Før pasienten nærmer seg dødstidspunktet er det lurt å avklare om pasienten har noen spesielle ønsker for den siste tiden. Det kan være at pasienten ønsker at noen skal være tilstede på rommet, og i så fall hvem. Det er naturlig å forhøre seg med familien om pasientens ønsker, dersom den selv ikke er i stand til å formidle disse. Dersom det er ønskelig at en sykepleier er tilstede under den siste tiden, kan denne holde seg i bakgrunnen, og være tilgjengelig dersom det skulle være noe (Thoresen og Dahl, 2015).

Pasienten har rett til medbestemmelse og retten til å ta egne beslutninger. Evnen for å ta egne valg kan svekkes på grunn av sykdom. Når pasienten ikke lenger kan ta egne beslutninger, vil sykepleier ofte stå over etiske problemstillinger. Da kan man tenke over hva pasienten ville gjort i denne situasjonen. Skal behandling gis, eller ikke gis (Lillemoen, 2015)? I forhold til vår problemstilling vil “behandling” gå under symptomlindring siden all aktiv behandling ofte er avsluttet ved en naturlig død hos eldre på sykehjem.

5.3.3 Informasjon til pasienten

Vi har ofte sett i praksis at pasienten har problemer med å forholde seg til ukjente smertelindrende medikamenter, da spesielt Morfin. Da har vi sett at sykepleier bare må ta et valg om at Morfin er det beste for pasienten, og for at pasienten skal unngå mye og sterke smerter. Det må være godt begrunnet for at Morfin er et aktuelt medikament. Sykepleier skal ikke gi dette uten at pasienten er klar over det. Dersom pasienten ikke er kontaktbar fordi han har kommet over i en terminal fase, så skal det heletiden informeres om hva som eventuelt gis av medikamenter subkutant/intramuskulært eller intravenøst. Myskja (2012) definerer den terminale fasen som dødsprosessen de siste 2-3 dagene før døden inntreffer. Vår erfaring fra praksis er at pasienten skal behandles som at han har hørselssansen intakt. Det er umulig å vite om pasienten hører, eller ikke hører. Derfor er dette viktig å ha med seg. Dette handler igjen om respekt og verdighet rundt pasienten.

Når et menneske dør, er det hele mennesket som dør. Som oss, har den døende også fysiske, sosiale, kulturelle og åndelige behov som i størst mulig grad må ivaretas. Overlege Stein Husebø har talt om den døendes rettigheter og behov gjentatte ganger (Hessling, 1993). "Han presiserer viktigheten ved at vårt tilbud til pasienten må baseres på generelle kunnskaper og forståelse, styrket av grunnleggende respekt for enkeltindividets integritet og autonomi" (Hessling, 1993, s. 41).

5.3.4 Hvorfor sykehjem?

"I mange kommuner fungerer sykehjemmet som et 'pustehull' for familien og omsorgstjenesten" (Hessling, 1991, s. 48). På sykehjem, selv om man ikke er inneliggende på en langtids plass, er det mulig å få en plass hvor man kan avslutte livet. Det er å foretrekke at pasienten kan få avslutte livet sitt på et sykehjem, med den nærmeste familien rundt seg. Dette er i stedet for på et travelt sykehus, og et hjem hvor forholdene ikke er gode nok for å avslutte et liv. Mange av sykehjemmene har tilrettelagt så forholdene gjør at pasienten og pårørende opplever er personlig død. I praksis har vi sett at noen av pasientrommene har lunere farger, annet lys, og en helt annen atmosfære enn de andre "typiske" pasientrommene (Hessling, 1993).

5.3.5 Lindring av symptomer

Både André (2014), Gjerberg og Bjørndal (2009) og Steindal og Sørbye (2010) poengterer at symptomlindring er viktig for å oppnå en verdig slutt på livet. Det trengs også økt kunnskap om symptomlindring for at sykehjemmet skulle være et verdig sted å dø. Gjerberg og Bjørndal (2009) skriver at observasjon og dokumentasjon er viktig, samt god kompetanse og kunnskap om gode retningslinjer og rutiner på avdelingen.

Selv om vi ikke fokuserer på de siste timene av levetiden i denne litteraturstudien, kan pasienten allerede ha møtt på plager som sykepleier må kunne behandle eller lindre. Vi har i praksis sett typiske plager som blant annet kvalme, dyspnè, smerter, hyppig vannlating, og ikke minst dødsangst. Dødsangst kan være en langvarig plage som oppstår lenge før dødstidspunktet nærmer seg. Bare at pasienten vet at han er døende kan være med på å øke dødsangsten.

I André (2014) sin studie står det at det er mangler omkring døendes pasienters opplevelse av dødsangst. Det virker som sykepleierne opplever dødsangst som vanskelig. Omsorgen rundt eldre døende pasienter bør være basert på den måten at man har en beskrivelse av hvordan dødsangst kan utvikle seg hos denne gruppen. Det er også viktig å kunne lindre dødsangsten.

Erfaringsmessig vil pasienter som har slitt med dødsangst kunne finne en type ro ved de siste levedager. Dette kan forklares med at dem har fått hjelp via samtaler med prest, annet helsepersonell eller pårørende. Sykepleier kan også gi beroligende medikamenter, mens andre pasienter klarer å finne ro ved egen styrke (Thoresen og Dahl, 2015). Ved at sykepleier kan være med å lindre disse plagene kan frigjøre energi til å leve best mulig den siste tiden (Aakre, 1993).

Vår erfaring er at det tverrfaglige teamet rundt pasienten må samarbeide tett for å lindre plagene som kan oppstå når livet går mot slutten. Det er viktig at sykepleier bidrar med informasjon om hva som er tilgjengelig av helsehjelp. Erfaringsmessig kan en pasient med lungecancer ha god effekt av lungefysioterapi. Dette er for å øke brystvolum, og for å kunne få opp slim dersom dette er et problem. I praksis kom ofte sykepleier med forslaget om permanent urinkateter dersom pasienten slet med hyppig vannlating, og egentlig har for lite krefter til å bruke dem på toalettbesøk.

5.4 Kritisk vurdering av anvendt litteratur

I denne litteraturstudien er det brukt fag- og forskningsartikler, samt annen faglitteratur som er relevant for tema og vår problemstilling. Vi har også anvendt erfaringsbasert kunnskap fra vår sykehjemspraksis. Dette har lagt grunnlaget for vår drøfting. I denne litteraturstudien har vi funnet frem til fem vitenskapelige artikler som passer vår problemstilling. Alle anvendte artikler har en kvalitativ metode. Dette passer vår problemstilling og hensikt best, da det vil være vanskelig og u hensiktsmessig og måle livets slutt og verdighet opp i tabeller og statistikker (Thidemann, 2015) (Aveyard, 2014).

Artikkelen til Andrè (2014) har brukt andre artikler i sin studie. Dette kan ha påvirket resultatet av gjeldende studie så lenge Andrè kan ha plukket ut det hun ønsker fra artiklene, samtidig som hun kan ha misforstått innholdet i andres artikler. Noe som kan ha påvirket resultatet til Steindal og Sørbye (2010) er at de som ønsket lot seg intervju. Det kan være at de som ikke lot seg intervju, satt inne med mye viktig informasjon som kunne endret utfallet av studien. Det er brukt pasienter i studien til Hall, Longhurst og Higginson (2009). Vi ser det som svært viktig å innhente informasjon om pasientene, da dem er svært sentrale i vår problemstilling. Vi synes det var positivt at pårørende var ekskludert, da de ikke sto sentralt i vår problemstilling.

Fagstoffet som er hentet fra redaktørbøkene "Når døden blir virkelighet" (1993) og "Palliativ behandling og pleie" (1998) er gammelt og kan i dag være endret. Vi har derfor brukt det fagstoffet som vi kjenner oss igjen i fra praksis, og annet stoff vi har lest og brukt ellers i oppgaven.

5.4.1 *Forskningsetiske overveielser*

Det er viktig med etiske overveielser i alle kvalitative studier. Det er studier som omhandler mening, i forhold til kvantitative som omhandler bredde og omfang (Fangen, 2015).

Når man forsker på mennesker skal de være informert, samtidig som de skal gi et fritt samtykke til deltakelsen. Dette er prinsipper som skal følges når det gjelder forskning på mennesker (Fossheim, 2015). Som tidligere skrevet, i kapitlet om forskningsetikk så er det ulike prinsipper som skal følges. Deltakerne skal behandles på den måten at de skal kunne gi tilbakemeldinger, og med respekt. De normene og prinsippene som følges må forskeren forstå, og dette bør komme frem i forskningen (De nasjonale forskningsetiske komiteene, u.å). Forskning som innebærer pasient- og helseopplysninger skal meldes til REK. Det skal

også gjøres dersom det er innsamling av helseopplysninger eller at det gjøres ved et helseforetak (NSD, 2017).

I artikkelen til Steindal og Sørbye (2010) kommer det tydelig frem at Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) ikke hadde noen motsigelse mot at prosjektet ble utført. Samtidig fikk de underskrifter av pårørende på at de lot seg intervju. Gjerberg og Bjørndal (2009) skrev at de som var informanter i studiet fikk en forespørsel fra ledelsen på det aktuelle sykehjemmet. Dette innebærer at deltakelsen var godkjent fra ledelsen og det var en frivillig deltakelse. Artikkelen til Hall, Longhurst og Higginson (2009) hadde ulike eksklusjons- og inklusjonskriterier. Dette innebar blant annet at de som deltok måtte sende inn et svarskjema for deltakelsen. Dette vil altså si at det var frivillig, ettersom 39 innbyggere ikke returnerte skjemaene. Andrè (2014) skriver at selv om hun brukte et integrerende intervju ved hjelp av fag- og forskningsartikler ble retningslinjer for systematiske oversiktsstudier anvendt.

Etisk godkjenning har foregått i de fleste artiklene på en eller annen måte. Det kommer bare frem i den ene artikkelen at den er godkjent av REK. Allikevel viser 4/5 artikler seg å være frivillig. I artikkelen til Wille og Nyrønning (2012) finner vi ingen tegn på at den er etisk godkjent, eller at deltakelsen er frivillig. Vi har allikevel valgt å bruke artikkelen da innholdet virket svært relevant og fortrolig for vår problemstilling.

6. Konklusjon

Hensikten med dette litteraturstudiet var å belyse hva en sykepleier kunne bidra med for å tilrettelegge og skape en verdig slutt på livet for den eldre pasient i sykehjem.

Verdigheten ved livets slutt i sykehjem viser seg å kunne påvirkes fra flere områder. Ett av disse områdene er kunnskapen som sykepleier må inneha for å yte god helsehjelp til den døende pasient. Det er viktig at sykepleier kan noe om sammensatte sykdomsbilder, men også noe om enkeltsykdommer. Sykepleier må kunne se personen ‘’bak’’ pasienten. Sykepleiers generelle kunnskap om palliasjon må være oppdatert. Dette innebærer kunnskap om smerte- og symptomlindring, ivaretagelse av grunnleggende behov, men også fysiske, psykiske, sosiale og åndelig/eksistensielle behov. Det er også viktig å vite at pårørende er en del av teamet rundt pasienten. Samspill mellom alle inkluderte parter rundt pasienten er helt nødvendig for å oppnå verdighet. Det er viktig at sykepleier innehar relevante språkkunnskaper, og kan utøve god kommunikasjon. Dårlige norskkunnskaper viser seg å være et problem i helsevesenet, og pårørende mener at det er behov for økte norskkunnskaper og mer faglært personell.

Sykepleier kan bidra med flere ting i forbindelse med livets slutt. Det er viktig at de tar seg av pasienten, men også pårørende den siste tiden. Som sykepleier skal man kunne vite at pasienten har rett til medbestemmelse på de beslutninger som tas. Dette kan være at sykepleier bidrar til symptomlindring med for eksempel medikamentet Morfin. Da må pasienten være enig i dette, og dersom pasienten ikke er kontaktbar, skal han bli informert om at det gis.

For å sikre en verdig slutt på livet er det vesentlig å vite hva verdighet er, samtidig vite noe om pasientens syn på verdighet. En ting som viser seg å gå igjen er at sykepleier skal se pasienten med respekt. Pasienten er opptatt av at autonomien ivaretas. Det skal ikke være nødvendig å føle tap av evnen til å ta vare på seg selv. Sykdom, pleietrengende, smerter og ubehag kan true følelsen av verdighet.

7. Litteraturliste

Aakre, M. (1993) Å leve med døden- en presentasjon av hospicefilosofien, i Halvorsen, P. (red.) *Når døden blir virkelighet*. Oslo: Kommuneforlaget AS, s. 15-28

Andrè, B. (2014) Hva er den «gode død»? , *Geriatrisk sykepleie*, 6 (3), 18-25. Tilgjengelig fra: https://sykepleien.no/sites/sykepleien.no/files/14gs3_fag_den_gode_dod_1381.pdf (Hentet: 2. februar 2018).

Aveyard, H. (2014) *Doing a Literature Review in Health and Social Care: A Practical Guide*. 3. utg. Maidenhead: McGraw-Hill Education/Open University Press

Brenden, K.Ø. (2012) *Hva slags rettigheter har den døende?*. Tilgjengelig fra: <https://www.nsf.no/vis-artikkel/816663/1212089/Hva-slags-rettigheter-har-den-doende> (Hentet: 14. februar 2018).

Brinchmann, B.S. (2012) *Etikk i sykepleien*. 3.utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Bøhle, K. (2014) *Donorer og kriterier for død*. Tilgjengelig fra: <https://ndla.no/nb/node/133441?fag=52234> (Hentet: 27. mars 2018).

Brønstad, A. Paulsen, T.M. og Hårberg, G.B. (2010) *Omsorg og service*. Tilgjengelig fra: <https://ndla.no/nb/node/3743?fag=8> (Hentet: 07. februar 2018).

De nasjonale forskningsetiske komiteene (u.å) *Generelle forskningsetiske retningslinjer*. Tilgjengelig fra: https://www.etikkom.no/globalassets/documents/publikasjoner-som-pdf/fek_generelle_retningslinjer.pdf (Hentet. 12. April 2018).

Dignity in care (2016) *The model in detail*. Tilgjengelig fra: <http://www.dignityincare.ca/en/the-model-in-detail.html> (Hentet: 30. April 2018)

Eide, H. og Eide, T. (2000) *Kommunikasjon i relasjoner*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Elmqvist, M.A. (1998) Pasientpleie ved avslutningen av livet, i Kaasa, S. (red.) *Palliativ behandling og pleie*. Oslo: Ad Notam Gyldendal, s. 495-610.

Engedal, K. (2018) *Alderdom*. Tilgjengelig fra: <https://sml.snl.no/alderdom> (Hentet: 05. mars 2018).

Fangen, K. (2015) *Kvalitativ metode*. Tilgjengelig fra: <https://www.etikkom.no/FBIB/Introduksjon/Metoder-og-tilnarminger/Kvalitativ-metode/>. (Hentet: 01. Mai 2018).

Fleiner, R.L. (2016) *Hvordan møte pasienter med respekt?* Tilgjengelig fra: <https://www.napha.no/content/12530/Hvordan-mote-pasienter-med-respekt> (Hentet: 30. april 2018).

Fossheim, H.J. (2015) *Samtykke*, Tilgjengelig fra: <https://www.etikkom.no/FBIB/Temaer/Personvern-og-ansvar-for-den-enkelte/Samtykke/> (Hentet: 03. mai 2018).

Gjerberg, E. og Bjørndal, A. (2009) Hva er en god død i sykehjem, *Sykepleien Forskning*, 2(3), s. 174-180. DOI: 10.4220/sykepleienf.2007.0057

Grov, E.K. (2014) Pleie og omsorg ved livets slutt, i Kirkevold, M., Brodtkorb, K., Ranhoff, H.A. (red.) *Geriatrisk sykepleie, god omsorg til den gamle pasienten*. 2. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag, s. 522-537.

Hall, S., Longhurst, S., og Higginson, I. (2009) Living and dying with dignity: a qualitative study of the views of older people in nursing homes, *Age and ageing*, 38(4), s. 411-416. DOI: 10.1093/ageing/afp069

Haugen, D. F og Aass, N (2016) Organisering av palliative tilbud, i Kaasa, S og Loege, J.H (red) *Palliasjon*. 2 utg. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 112-124.

Helsedirektoratet (u.å) *Definisjon av palliasjon*. Tilgjengelig fra: <http://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/palliasjon/innledning-revidert/definisjon-av-palliasjon> (Hentet: 16. januar 2018).

Helseforskningsloven (2008) *Lov om medisinsk og helsefaglig forskning*, Tilgjengelig fra: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-20-44#KAPITTEL_1 (Hentet 12. April 2018).

Helsepersonelloven (1999) *Lov om helsepersonell*. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64> (Hentet 07. Mars 2018).

Hessling, S.E. (1993) Omsorg på tvers, i Halvorsen, P. (red.) *Når døden blir virkelighet*. Oslo: Kommuneforlaget AS, s. 41-54.

Hjort, P. F. (2010) Pleie og omsorg ved livets slutt. I Kirkevold, M., Brodtkorb, K. og Ranhoff, H.A. (red) *Geriatrisk sykepleie, God omsorg til den gamle pasienten*. Oslo: Gyldendal norsk forlag, s. 447-454.

Kirkevold, M. (2014) Gammel og syk, i Kirkevold, M., Brodtkorb, K., og Ranhoff, A.H. (red.) *Geriatrisk sykepleie, god omsorg til den gamle pasienten*. 2. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag, s. 22-28.

Knutstad, U. (2010) Pasienten i sentrum i helsetjenesten, i Knutstad, U. (red.) *Sentrale begreper i klinisk sykepleie, sykepleieboken 2*. 3.utg. Oslo: Akribe AS, s. 19-25.

Kunnskap (u.å) Tilgjengelig fra: <https://no.wikipedia.org/wiki/Kunnskap> (Hentet: 02. Mai 2018).

Kvantitativ metode (2017) Tilgjengelig fra: https://no.wikipedia.org/wiki/Kvantitativ_metode (Hentet: 7. februar 2018).

Kveinå, T.W. (2017) *Nesten dobbelt så mange dør på sykehjem: Frykter flere vil dø alene*. Tilgjengelig fra: <https://www.nrk.no/norge/flere-dor-pa-sykehjem-1.13364343> (Hentet: 21. februar 2018).

Leporowski, T.W. (u.å) *Kompetansenettverk*. Tilgjengelig fra:

<https://www.multiconsult.no/karriere/kompetansenettverk/> (Hentet: 27. mars 2018).

Lillemoen, L. (2015) Etikk i sykepleien, i Grov, E.K. og Holter, I.M. (red.) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*. 5.utg. Oslo: Cappelen Damm Akademisk, s. 297-338.

Malt, U. (2015) *strukturert intervju*. Tilgjengelig fra: https://snl.no/strukturert_intervju (Hentet: 10. april 2018).

Meld. St. 47 (2008-2009) (2009) Samhandlingsreformen. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Tilgjengelig fra:

<https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf> (Hentet: 01. Mai 2018).

Myskja, A. (2012) *Kunsten å dø – livet før og etter døden i et nytt lys*. Oslo: J.M. Stenersen Forlag AS.

NSF (2016) *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Tilgjengelig fra:

<https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere> (Hentet: 7. februar 2018).

Nylenna, M. og Torp, I. (2017) *Forskningsetikk*. Tilgjengelig fra:

<https://sml.snl.no/forskningsetikk> (Hentet 12. April 2018).

Pasient- og brukerrettighetsloven (2001) *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. Tilgjengelig fra: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL_4 (Hentet: 04. april 2018).

Personvernombudet for forskning (2017) *Godkjenning fra REK til helseforskning*.

Tilgjengelig fra:

http://www.nsd.uib.no/personvernombud/hjelp/andre_godkjenninger/rek_godkjenning.html

(Hentet: 03. Mai 2018).

Polit, D.F. og Beck, C.T. (2014) *Essentials of nursing research. Appraising evidence of nursing practise*. 4.utg. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Polit, D.F. og Beck, C.T. (2017) *Nursing Research - Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. Philadelphia: Wolters Kluwer.

Publikasjonskanaler nivåer og poeng (2015) Tilgjengelig fra: <https://www.uio.no/for-ansatte/arbeidsstotte/fa/publisering/etter-publisering/cristin/kanaler-nivaer/> (Hentet: 07. mai 2018).

Register over vitenskapelige publiseringskanaler (2018) Tilgjengelig fra: <https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/Forside> (Hentet: 04. april 2018).

Regjeringen. (2014) *Samhandlingsreformen i kortversjon*. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/helse--og-omsorgstjenester-ikommunene/samhandlingsreformen-i-kortversjon1/id650137/> (Hentet 01. Mai 2018).

Roald, B. (2017) *DØD*. Tilgjengelig fra: <https://sml.snl.no/d%C3%B8d> (Hentet: 14. februar 2018).

Rosland, J.H., Hofacker, S.V., og Paulsen, Ø. (2006) Den døende pasient, *Tidsskriftet- DEN NORSKE LEGEFORENING*, 126 (4), s. 467-470. Tilgjengelig fra: <https://tidsskriftet.no/2006/02/tema-palliativ-medisin/den-doende-pasient> (Hentet: 16. april 2018).

Rykkje, L. (2010) *Gi eldre en verdig død*. Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/forskning/2010/02/gi-eldre-en-verdig-dod> (Hentet: 7. februar 2018).

Schibevaag, L., Laugaland, K.A. og Aase, K. (2015) Sikkerhet, samhandling og pasientoverganger, i Aase, K. (red.) *Pasientsikkerhet*. 2. utg. Oslo: Universitetsforlaget, s. 129-140.

Spesialisthelsetjenesteloven (1999) *Lov om spesialisthelsetjenesten*. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61?q=spesialisthelsetjenesten> (Hentet: 07. Mars 2018).

Statistisk sentralbyrå (2017) *DØDE*. Tilgjengelig fra: <https://www.ssb.no/befolkning/statistikker/dode/aar> (Hentet: 21. februar 2018).

Steindal, S. A. (2012) Eldre pasienters siste levedager i sykehus, *Geriatrisk Sykepleie*, 4(3), s. 18-25. Tilgjengelig fra: https://sykepleien.no/sites/sykepleien.no/files/electronic-issues/articles/geriatrisk_siste_levedager_i_sykehus_annonse_notis_540.pdf (Hentet: 23. april 2018).

Steindal, S.A. og Sørbye, L.W. (2010) Er sykehjemmet et verdig sted å dø? *Sykepleien Forskning*, 5(2), s. 138-145. doi: 10.4220/sykepleienf.2010.0073

Svendsen, S.J. Landmark, B.T. og Grov, E.K. (2017) Døende pasienter i sykehjem: Sykepleiere gjør «mer av alt» og er «alene om alt», *Sykepleien Forskning*, 12 (63396) (e-63396), s. 1-13. doi: 10.4220/Sykepleienf.2017.63396

Thidemann, I.J. (2015) *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter*. Oslo: Universitetsforlaget AS.

Thollin, R.K. (2009) *Samspillet mellom sykepleier og pasient*. Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/forskning/2009/03/samspillet-mellom-sykepleier-og-pasient> (Hentet: 01. Mai 2018).

Thoresen, L. og Dahl, M. (2015) Sykepleie til den døende pasienten. I Grov, E.K. og Holter, I.M. (red.) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*. Oslo: Cappelen Damm AS, s. 926-956.

Verdighetsgarantien (2010) *Forskrift om en verdig eldreomsorg*. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2010-11-12-1426?q=verdighetsgarantien> (Hentet: 26. april 2018).

Volden, O. (2013) *Hvordan møte pasienter med respekt? Del 2*. Tilgjengelig fra: <https://www.napha.no/content/14949/Hvordan-mote-pasienter-med-respekt-Del-2> (Hentet: 30. april 2018).

Wille, I, L og Nyrønning, S. (2012) Omsorg og behandling ved livets slutt i sykehjem, *Geriatrisk Sykepleie*, 4(3), s. 10-16. Tilgjengelig fra: https://sykepleien.no/sites/sykepleien.no/files/electronic-issues/articles/geriatrisk_omsorg_ved_livets_slutt_i_sykehjem.pdf (Hentet: 23. februar 2018).

Woodford, K. (2016) *Brexit idioms*. Tilgjengelig fra: <https://dictionaryblog.cambridge.org/2016/07/13/brexit-idioms/> (Hentet: 16. April 2018).

Østerdal, I.K. (2016) *Hva skiller fagartikkel fra forskningsartikkel? / What is a scientific article?* Tilgjengelig fra: <https://www.ntnu.no/blogger/ub-mh/2016/05/24/hva-skiller-fagartikkel-fra-forskningsartikkel-what-is-a-scientific-article/> (Hentet: 19. april 2018).