

Liva Fattnes
Charlotte Sommerseth Pedersen

Terminalomsorg på sykehjem

Antall ord: 7885

Bacheloroppgave i 050SY Bachelor i sykepleie
Veileder: May Helen Midtbust

Mai 2020

Liva Fattnes
Charlotte Sommerseth Pedersen

Terminalomsorg på sykehjem

Antall ord: 7885

Bacheloroppgave i 050SY Bachelor i sykepleie
Veileder: May Helen Midtbust
Mai 2020

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for helsevitenskap i Ålesund

Sammendrag

Hensikt: Hensikten med oppgaven er å utforske sykepleiers erfaringer med terminalomsorg på sykehjem, og dermed belyse hvordan man kan gi best mulig omsorg til denne pasientgruppen.

Metode: En systematisk litteraturstudie ble gjennomført for å identifisere, kvalitetssikre og analysere forskning om temaet. På bakgrunn av et systematisk litteratursøk i tre databaser ble åtte forskningsartikler inkludert. Artiklene ble analysert ved hjelp av Evan's metode for analyse.

Resultat: Gjennom analysen kom vi frem til fire tema som har betydning for god terminalomsorg til døende på sykehjem. Disse er betydningen av god symptomlindring i terminal fase, helhetlig omsorg, å ivareta pårørende til pasienter i terminal fase og god terminalomsorg krever planlegging.

Konklusjon: Funnene i studien vår konkluderer med at disse fire temaene må ivaretas for at sykepleier skal kunne yte god terminalomsorg. Omsorg til døende er en utfordrende oppgave som krever god kompetanse. Det bør forskes mer på sykepleiers erfaringer, samt faktorer som fremmer og hemmer tilrettelegging av terminalomsorg for å øke kompetansen på feltet.

Abstract

Aim: The aim of this study is to explore nurse's experiences with terminal care in nursing homes, to clarify how to give high quality care for this group of patients.

Method: The assignment is built as a systematic literature study to identify, quality check and analyze research articles on the subject. Eight research articles were found through advanced systematic searches in three separate databases. To analyze the findings, we used Evan's method of analysis.

Results: Through the analysis we found four themes which is important for terminal care in nursing homes. These are the importance of good symptom relief to terminally ill patients, holistic care, supporting the relatives of the dying patient and that good terminal care requires planning.

Conclusion: The findings of our study concludes that all four themes must be addressed for the nurses to be able to provide good terminal care. End of life care is a demanding task, which requires expertise. More research should be done on the nurses' experience, as well as factors that promotes and inhibits the terminal care to increase competence in the field.

Forord

Vi ønsker å takke vår veileder, May Helen Midtbust for et godt samarbeid og god veiledning gjennom arbeidet med oppgaven.

Innhold

| | | |
|-------|--|----|
| 1 | Innledning | 10 |
| 1.1 | Bakgrunn for valg av tema | 10 |
| 1.2 | Oppgavens hensikt og problemstilling | 10 |
| 1.3 | Avgrensninger | 11 |
| 1.4 | Begrepsavklaringer..... | 11 |
| 1.5 | Videre oppbygning av oppgaven..... | 11 |
| 2 | Teoribakgrunn | 12 |
| 2.1 | Den terminale fasen | 12 |
| 2.2 | Terminalomsorg | 13 |
| 2.3 | Kari Martinsens omsorgsteori..... | 14 |
| 2.3.1 | Omsorgens tre aspekter..... | 14 |
| 3 | Metode | 16 |
| 3.1 | Datainnsamling | 16 |
| 3.2 | Inklusjons- og eksklusjonskriterier | 16 |
| 3.3 | Søkestrategi | 16 |
| 3.4 | Kvalitetsvurdering | 17 |
| 3.5 | Etiske vurderinger | 17 |
| 3.6 | Analyse..... | 18 |
| 4 | Resultat..... | 19 |
| 4.1 | Betydningen av god symptomlindring i terminal fase | 19 |
| 4.2 | Helhetlig omsorg | 19 |
| 4.3 | Å ivareta pårørende til pasienter i terminal fase | 20 |
| 4.4 | God terminalomsorg krever planlegging | 21 |
| 5 | Diskusjon..... | 22 |
| 5.1 | Metodediskusjon | 22 |
| 5.2 | Resultatdiskusjon | 23 |
| 5.2.1 | Betydningen av god symptomlindring i terminal fase | 23 |
| 5.2.2 | Helhetlig omsorg..... | 24 |
| 5.2.3 | Å ivareta pårørende til pasienter i terminal fase | 25 |
| 5.2.4 | God terminalomsorg krever planlegging | 26 |
| 6 | Konklusjon | 28 |
| | Referanser..... | 29 |
| | Vedlegg..... | 32 |

1 Innledning

Dette er en systematisk litteraturstudie som fokuserer på terminalomsorg i sykehjem. I dette kapitlet vil bakgrunn for valg av tema presenteres, samt hvorfor dette er relevant å belyse ut fra et sykepleiefaglig ståsted. Videre vil vi gå inn på hensikten med oppgaven, problemstilling, avgrensninger, begrepsavklaringer og til slutt en kort oversikt over oppgavens videre oppbygning.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Temaet for oppgaven vår er sykepleie til pasienter i terminal fase på sykehjem.

Et sykehjem er en helseinstitusjon som gir boplass til pasienter med behov for heldøgns behandling og pleie (Braut, 2018). Pasientene som bor der har ofte ett sammensatt og komplisert sykdomsbilde, med et omfattende behov for medisinsk behandling, omsorg og pleie (Gro, 2016, s.522). De fleste som bor på sykehjem er eldre, over 67 år (Hauge, 2016, s.266). Eldre har i mye større grad enn yngre flere sykdommer på en gang, såkalt komorbiditet. Dette kan skyldes flere forhold, men den viktigste er at aldersforandringer generelt gir økt risiko for en rekke sykdommer (Ranhoff, 2016, s.85). Vanlige kroniske sykdommer hos eldre er blant annet hjerneslag, hjerte- og karsykdommer, KOLS, diabetes type 2, leddproblemer, kreft og psykiske lidelser (Ranhoff, 2016, s.88). I tillegg har i overkant av 80% av pasienter innlagt på sykehjem en demenssykdom, noe som vil prege behandlingsforløpet (Folkehelseinstituttet, 2019).

I 2017 skjedde ca. 50% av alle dødsfall i Norge på sykehjem eller andre helse- og omsorgsinstitusjoner utenfor sykehus, og denne andelen vil trolig øke (Folkehelseinstituttet, 2019). Omsorg for døende pasienter er derfor en viktig del av sykepleiers oppgave på sykehjem (Hauge, 2016, s.277).

I løpet av studiet har vi erfart at terminalomsorg er et utfordrende og spennende felt som sykepleier vil møte på de fleste arbeidsplasser. Vi har derfor lyst å heve vår kompetanse på området. Vi valgte sykehjem fordi vi begge har arbeidserfaring derfra, og fordi en så stor andel nordmenn dør der.

1.2 Oppgavens hensikt og problemstilling

Hensikten med oppgaven er å utforske sykepleiers erfaring med terminalomsorg til pasienter på sykehjem. Vi ønsker å finne ut hvordan sykepleier kan gi optimal pleie og omsorg til denne pasientgruppen.

Med utgangspunkt i dette kom vi frem til følgende problemstilling: Hvordan kan sykepleier gi god terminalomsorg til døende pasienter på sykehjem?

1.3 Avgrensninger

Problemstillingen har et sykepleieperspektiv, og vi har derfor tatt i bruk forskning som belyser sykepleieres perspektiv på hva som er god terminalomsorg. Det finnes mye forskning om terminalomsorg, som følge av det valgte vi å begrense oppgaven til å omhandle eldre pasienter på sykehjem. Vi har også valgt å ikke ha fokus på noen spesifikk sykdom som demens eller kreft, men heller fokusere på god terminalomsorg til alle pasienter som avslutter livet på sykehjem.

1.4 Begrepsavklaringer

Terminal fase: Når pasienten lider av en uhelbredelig sykdom og trolig vil dø i nær fremtid, i løpet av få dager eller timer (Norsk palliativ forening, 2016). I denne fasen vil man kunne observere fysiologiske forandringer som tyder på snarlig død (Mathisen, 2017, s.415).

Omsorg: Omsorg handler ifølge Kari Martinsen om å vise aktelse for livet og å handle til den andres beste. Dette innebærer å knytte kontakt med den grunnleggende moralen som lever i relasjonen mellom mennesker (Austgard, 2010, s.50).

Terminalomsorg: Vi har valgt å bruke ordet terminalomsorg i vår oppgave. Vi forstår dette som omsorg til personer i terminal fase.

1.5 Videre oppbygning av oppgaven

Neste kapittel vil ta for seg teori som er relevant for å besvare oppgavens problemstilling. Kapittel tre er en metodedel som forklarer hvordan vi har gått frem for å finne relevante forskningsartikler ved hjelp av datasamling, inklusjons- og eksklusjonskriterier, kvalitetsvurdering, etisk vurdering og analyse. I kapittel fire presenteres resultatene som fremkom på bakgrunn av analysen. Kapittel fem inneholder en metodediskusjon og en resultatdiskusjon som knytter resultatene fra forskningsartiklene sammen med relevant teori for å besvare problemstillingen. Kapittel seks tar for seg oppgavens konklusjon, samt forslag til videre forskning.

2 Teoribakgrunn

I dette kapitlet vil vi presentere teori som er relevant for å svare på problemstillingen. Vi vil først utdype hva som skjer i den terminale fasen, og hva terminalomsorg innebærer. Til slutt vil vi belyse Kari Martinsens omsorgsteori.

2.1 Den terminale fasen

Den terminale fasen kan defineres som når pasienten lider av en uhelbredelig sykdom og trolig vil dø i nær fremtid, i løpet av få dager eller timer (Norsk palliativ forening, 2016). Når døden nærmer seg, oppstår det en del typiske endringer hos pasienten. Eldre pasienter på sykehjem har gjerne flere ulike sykdommer og økende funksjonssvikt, noe som vil utvikle seg over tid. Disse plagene kan etter hvert være vanskelig å skille fra symptomer i terminal fase (Hauge, 2016, s.266).

Normal aldersforandring vil gradvis gjøre pasienten trette og gir økt behov for hvile og søvn (Ranhoff, 2016, s.365). Dette ses også i den terminale fasen der pasienten blir svakere, får et økt behov for sengeleie og sover mer. Pasienten kan oppleve endringer i bevissthet, svekket orienteringsevne og periodevis forvirring (Kvam, 2018; Norsk palliativ forening, 2016). Blant pasienter på sykehjem har i overkant av 80% en demenssykdom (Folkehelseinstituttet, 2019). Dette vil gjøre det vanskelig å observere de psykologiske forandringene i den terminale fasen, da demensdiagnosen kan gi lignende symptomer (Skovdahl & Berentsen, 2016, s.416).

Det at pasienten blir svakere i den terminale fasen vil også påvirke eliminasjonen, da kontroll av lukkemuskler svekkes (Kvam, 2018; Mathisen, 2016, s.431). Eldre pasienter er utsatt for ernæringsproblemer og mister gjerne matlysten når de er syke (Brodtkorb, 2016, s.302). I den terminale fasen vil matinntaket etter hvert opphøre helt (Kvam, 2018). Grunnen til dette er at kroppen ikke lenger klarer å ta til seg næring, og matinntak kan derfor føre til ubehag og kvalme. Å slutte og spise kan virke lindrende fordi det oppstår en tilstand som heter ketose (Kvam, 2018). I takt med at pasienter slutter å spise vil de ha fleste problemer med å svelge tabletter (Norsk palliativ forening, 2016). Det bør derfor vurderes andre administrasjonsformer i samråd med lege, som for eksempel subkutan eller intravenøs tilførsel (Helsedirektoratet, 2018).

Pasientens sirkulasjon vil endre seg i den terminale fasen, noe som kan observeres ved hudforandringer (Grov, 2016, s.531). Fingre, øreflipper, lepper og neglebånd kan få en blå eller grålig farge. Hender og føtter kan bli kalde og ofte marmorerte. Dette forklares med at det er den perifere sirkulasjonen som opphører først (Grov, 2016, s.531; Kvam, 2018). Respirasjonssystemet vil også påvirkes. Det kan da observeres surkling, ujevn respirasjonsfrekvens, ralling fra luftveiene, hosting og dyspné. Mot slutten er det vanlig at pasienten får Cheyne-stokes respirasjon, som vil si at respirasjonen preges av pustestopper (Kvam, 2018; Mathisen, 2017, s.431). Ingen mennesker er helt like, og tegn på at døden nærmer seg kan variere. Det er ikke alltid at alle tegnene som nevnes her er like tydelige, eller oppstår i samme rekkefølge (Kvam, 2018).

I tillegg til fysiske symptomer vil den terminale fasen også påvirke pasientens følelsesmessige reaksjoner, sosiale forhold og åndelige/eksistensielle spørsmål (Helsedirektoratet, 2015, s.15). Vanlige følelsesmessige reaksjoner i den terminale fasen

kan være sinne, depresjon, angst, frykt, regresjon, opplevelse av tap og ensomhet (Mathisen, 2017, s.420-424). Reaksjonene kan være en måte for pasienten å innfinne seg med at livet snart vil ta slutt (Mathisen, 2017, s.419). Mange mennesker er redde for smerter i forbindelse med døden (Mathisen, 2017, s.426). Hvordan smerte oppleves for den terminale pasienten er individuelt og kan gjerne ha sammensatte årsaker. Smertene kan bunne i både kroppslige, følelsesmessige, sosiale og åndelige/eksistensielle lidelser. Det er derfor viktig å utforske årsaken til smertene før man setter i gang behandlingstiltak (Grov, 2016, s.524).

2.2 Terminalomsorg

Denne oppgaven har fokus på god terminalomsorg. Siden nesten alle som bor på sykehjem forventes å avslutte livet der, utgjør omsorg for døende personer en sentral og viktig del av sykepleietjenesten i sykehjem (Hauge, 2016, s.277). Å utøve omsorg og gi behandling til pasienter i terminal fase er en egen spesialitet innenfor medisin og sykepleie (Mathisen, 2017, s.412). Dette er en oppgave som krever både geriatrisk og palliativ kompetanse (Hauge, 2016, s. 277). Omsorg er et grunnleggende fenomen i utøvelse av sykepleie, og omsorgsbegrepet blir forklart på forskjellige måter. Omsorg handler ifølge Kari Martinsen om å vise aktelse for livet og å handle til den andres beste (Austgard, 2010, s.50). Sykepleieren skal tenke helhetlig i sin utøvelse av omsorg. Dette innebærer å ta hensyn til både fysiologiske, psykologiske, sosiale, åndelige og eksistensielle behov. Med det vil sykepleieren tilnærme seg pasienten på en måte som ivaretar hele mennesket (Kristoffersen & Nortvedt, 2017, s.102).

Pasienter i terminal fase kan som nevnt i kapittel 2.1 lide av mange ulike fysiske symptomer og plager samtidig. God sykepleie kan både lindre og forebygge nye kroppslige plager som tilstanden medfører (Mathisen, 2017, s.426). Dette krever god planlegging som bidrar til helhetlig, forutsigbar tjeneste og trygghet for både pasient og sykepleier (Helsedirektoratet, 2018). Sykepleietiltak som ivaretar fysiologiske behov, skal sørge for at pasienten har det så behagelig som mulig uten plagsomme symptomer. Dette kan gjøres ved administrering av legemidler, leieendring, godt munnstell, frisk luft i rommet, og mat og drikke etter pasientens ønsker (Mathisen, 2017, s.426-430; Grov, 2016, s.530-532). Smertelindring kan være krevende i en terminal fase da pasienten gjerne ikke er kontaktbar og det blir derfor vanskelig å vurdere smertesituasjonen. Ved å ta i bruk smertevurderingsverktøy vil man lettere kunne tolke pasientens nonverbale smerteuttrykk (Danielsen, Berntzen & Almås, 2017, s.399).

Å forberede seg på at livet går mot slutten kan skape mange vanskelige følelser hos den døende. Støtte og god kommunikasjon fra sykepleier har stor betydning under slike omstendigheter (Mathisen, 2017, s.417). Tanker om åndelighet og eksistensielle spørsmål er vanlige. Hos enkelte pasienter vil åndelighet være knyttet til religion. Å gi åndelig og eksistensiell omsorg handler om å opptre som et medmenneske. Dette kommer til uttrykk ved å være til stede, lytte, observere, vise interesse og engasjement, samt opptre medfølende (Kalfoss, 2017, s.470; Grov, 2016, s.525).

Det å skulle møte døden gir for mange en sterk følelse av ensomhet, noe av ensomheten kan lindres ved at noen er til stede og prøver å forstå. Ingen skal dø alene (Hustad, 2015). Mange pårørende har et ønske om å være til stede for pasienten og ta del i terminalomsorgen. Dette krever god veiledning og informasjon av sykepleier (Grov, 2016, s.525). Selv om mange pårørende ønsker å være til stede og ta del i omsorgen for

pasienten er det viktig at sykepleier er oppmerksom på at dette kan være utfordrende. Sykepleier må vise at de er ansvarlige og avlaste pårørende når det trengs (Gro, 2016, s.534).

2.3 Kari Martinsens omsorgsteori

Kari Martinsen er en norsk sykepleier og omsorgsfilosof. Hun mener at omsorgsverdier er grunnleggende i sykepleierens møte med pasienten (Kristoffersen, 2017, s.53).

Martinsen fokuserer på vedlikeholdsomsorg, og tar avstand fra egenomsorgstenkingen i sykepleie. Egenomsorg er et urealistisk mål for store pasientgrupper som sykepleier yter omsorg for, deriblant døende. For slike pasientgrupper vil omsorg og opplevelse av velvære være et mål i seg selv (Kristoffersen, 2017, s.58).

2.3.1 Omsorgens tre aspekter

Det er ifølge Martinsen tre dimensjoner ved omsorgsbegrepet. Omsorg er et relasjonelt, praktisk og et moralsk begrep (Kristoffersen, 2017, s.60).

Omsorgens relasjonelle side: Martinsen mener at omsorg er det naturligste og mest grunnleggende i menneskets eksistens, der forholdet mellom mennesker er vesentlig (Martinsen, 2003 s.69). Hennes teori er skrevet fra et kollektivistisk menneskesyn, hvor det grunnleggende er at vi er avhengige av hverandre (Martinsen, 2003, s.14). Yrkesmessig omsorg består av en relasjon mellom minst to personer, der det ytes omsorg for den svake. Sykepleieren må engasjere seg, vise interesse og sette seg inn i pasientens situasjon for å kunne gi den hjelpen han/hun trenger (Kristoffersen, 2017, s.60).

Omsorgens praktiske side: Martinsen understreker at omsorg innebærer å utføre praktisk handling (Kristoffersen, 2017, s.61). Sykepleier kan gjennom kunnskap utføre konkrete handlinger ut fra situasjonen pasienten befinner seg i uten å forvente noe tilbake (Martinsen, 2003, s.16). Gjennom egne erfaringer og tillærte fagkunnskaper vil sykepleier kunne sørge for den andre på en omsorgsfull og hensiktsmessig måte. Det handler blant annet om å lindre smerte, stille kroppen og sørge for god liggestilling (Kristoffersen, 2017, s.62). Martinsen fremhever at det som skjer rundt pasienten skal formidles på et dagligspråk, noe som vil gjøre situasjonen trygg og kjent (Martinsen, 2003, s.76).

Omsorgens moralske side: Ifølge Martinsen er omsorg og moral tett forbundet. Hun fremhever at sykepleieren må lære å handle moralsk og til den andres beste. Enhver sykepleiesituasjon er ifølge Martinsen av moralsk karakter, ved at sykepleieren står overfor en beslutning om å handle godt og riktig (Kristoffersen, 2017, s.62). Når en sykepleier skal håndtere makt må solidaritet for den svake alltid ligge til grunn (Martinsen, 2003, s.17). Martinsen mener at moralen har to sider som hun betegner som spontanitet og norm. Den spontane siden er det som uttrykkes i kjærligheten, en

spontan og uegennyttig handling til beste for andre. Normmoralen viser derimot til regler og prinsipper som er skapt av mennesket og av samfunnet (Kristoffersen, 2017, s.62).

3 Metode

I dette kapitlet vil det gjøres rede for oppgavens metode. Her vil datainnsamlingen, inklusjons- og eksklusjonskriterier, søkestrategi, kvalitetsvurdering, etisk vurdering, samt analyse av artiklene beskrives.

3.1 Datainnsamling

For å finne svar på vår problemstilling har vi utført en systematisk litteraturstudie. Det å skrive en slik oppgave innebærer å utforme en problemstilling og deretter finne svar på den ved å systematisk identifisere, velge, vurdere og analysere relevant forskning (Forsberg & Wengström, 2016, s.30). Forskningsartiklene som inkluderes skal være kvalitetsvurdert og omhandle samme tema for å skape et godt grunnlag for konklusjon (Forsberg & Wengström, 2016, s.27).

Det systematiske litteratursøket ble påbegynt høsten 2019, og videre arbeid med oppgaven fortsatte i 2020. Vi startet med å søke fritt i ulike databaser for å utforske utvalget av forskningsartikler. Deretter arbeidet vi med å formulere en god problemstilling som vil være utgangspunktet for forskningsprosessen videre (Forsberg & Wengström, 2016, s.36). Relevante søkeord ble deretter valgt og vi utførte søk i godkjente, vitenskapelige databaser. Oppgaven inneholder åtte fagfelleverderte forskningsartikler, 5 med kvalitativ metode og 3 med kvantitativ metode.

3.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

For å finne artikler som passet til vår problemstilling har vi vært nødt til å avgrense søket noe. Ifølge Forsberg & Wengström (2016, s.28) er det helt nødvendig med tydelige inklusjon og eksklusjonskriterier i en systematisk litteraturstudie for å bestemme valg av forskning som skal inkluderes.

Dette gjorde vi med følgende inklusjons/ eksklusjonskriterier:

- Vi inkluderte kun vitenskapelige forskningsartikler
- Artiklene hadde et sykepleieperspektiv
- Artiklene måtte være skrevet på engelsk, norsk, svensk eller dansk
- Artiklene var publisert mellom 2009 og 2019, og var dermed ikke mer enn 10 år gamle
- De skulle inneholde en tydelig etisk vurdering for gjennomføring av studien
- På databasen "medline" brukte vi også avgrensningen "full text" for å unngå treff på artikler vi ikke hadde tilgang til.

3.3 Søkestrategi

Søket etter forskningsartikler ble gjort på databasene Cinahl, Medline og SveMed+. Det ble brukt like søkeord i hver database. Vi brukte PICO-skjema til å finne relevante søkeord. Et PICO-skjema er en strukturert metode der man ut ifra problemstillingen setter sammen søkestrategier. PICO er en forkortelse for P-population, I-intervention, C-control og O-outcome (Forsberg & Wengström, 2016, s.60). For vår problemstilling var det ikke relevant å ta med C-control.

Ut ifra problemstillingen «*hvordan kan sykepleier gi god terminalomsorg til døende pasienter på sykehjem*» kom vi frem til følgende søkeord:

| P | I | O |
|--|-------------------|-----------------------------------|
| Nursing homes Long term care facilities | Nurses Nursing | Terminal care End of life care |

Tabell 1: PIO-skjema

I søket ble søkeordene satt sammen med de boolske operatørene OR og AND (Forsberg & Wengström, 2016, s. 69). I tabellen vil det si at ordene i de vertikale kolonnene ble kombinert med OR og de horisontale kolonnene ble kombinert med AND. For å finne gode engelske søkeord brukte vi terminologibasen «MeSH», et verktøy som inneholder medisinske og helsefaglige termer på norsk og engelsk (Helsebiblioteket, 2016). Dette hjalp oss å finne engelske søkeord som dekket det samme som de norske ordene. Søket i databasene gav oss et resultat på flere artikler der vi startet med å lese alle overskrifter. Videre leste vi abstractet på artiklene som virket relevante. Til slutt ble utvalgte artikler lest av begge parter, og vi ble enige om hvilke vi ønsket å inkludere i oppgaven vår. Søket vi gjorde i databasen Cinahl gav 99 treff, vi leste 34 abstracter og 8 artikler, derav ble 3 artikler inkludert. I databasen MedLine fikk vi et treff på 231 artikler der vi leste 56 abstracter og 12 artikler, der 3 artikler ble inkludert. I databasen SveMed+ fikk vi et treff på 53 artikler der vi leste 8 abstracter og 5 artikler, 2 artikler ble inkludert i oppgaven vår. Til sammen ble det valgt ut 8 artikler.

3.4 Kvalitetsvurdering

Kvaliteten på et systematisk litteratursøk avhenger av hvordan man vurderer relevante artikler. Det kan benyttes flere metoder for kvalitetsvurdering av artiklene (Forsberg & Wengström, 2016, s.104). Vi vurderte de kvantitative studiene ved å bruke sjekklister fra Forsberg og Wengström (2016, s.199-202). Vurdering av kvalitative studier ble gjort ved å bruke sjekklister fra helsebiblioteket (Helsebiblioteket, 2016). Vi sjekket deretter nivåvurderingen på artiklene ved å søke opp tidsskiftet på nettsiden NSD som er et register over vitenskapelige publiseringskanaler (Norsk senter for forskningsdata, 2019). Alle artiklene vi har valgt å inkludere er publisert i et tidsskrift med nivåvurdering 1 eller 2.

3.5 Etske vurderinger

Når man skal skrive en systematisk litteraturstudie er det viktig å gjøre etiske vurderinger i forkant. Dette kan gjøres ved å velge studier som har blitt godkjent av en etisk komité eller på andre måter har gjennomgått etiske overveielser (Forsberg & Wengström, 2016, s.59). God etikk er et viktig aspekt i all vitenskapelig forskning. På den måten er man sikre på at deltakerne ikke utsettes for skader eller varige mén (Forsberg & Wengström, 2016, s.132).

Når vi skulle velge ut artikler forsikret vi oss om at alle beskrev hvilke etiske hensyn som var blitt gjort i studien. Fire av de inkluderte forskningsartiklene er godkjent av etisk komité. Tre inneholder tydelig etisk vurdering i form av informert samtykke og anonymisering av deltakerne. Studien til Wille og Nyrønning (2012) tar utgangspunkt i en deltakerstyrt arbeidsprosess, noe som tilsier at deltakelse er frivillig og involverer samtykke.

3.6 Analyse

En innholdsanalyse av forskningen man har funnet er en viktig og stor del av en systematisk litteraturstudie. Ifølge Forsberg og Wengstrøm (2015, s.152) innebærer en vitenskapelig analyse å dele opp funnene i mindre deler og undersøke dem adskilt. Deretter settes delene sammen til en helhet. Når alt materialet er gjennomgått på en systematisk måte kan man sammenligne funn og dele forskningen inn i ulike kategorier som det jobbes videre med (Forsberg & Wengström, 2015, s.152). Det finnes mange ulike analysemetoder som kan brukes i arbeidet med en systematisk litteraturstudie. Vi har valgt å ta i bruk Evans (2002) sine faser når vi analyserer forskningsmaterialet vårt.

Fase en innebærer systematisk litteratursøk i ulike databaser for å finne frem til relevante studier som kan brukes i oppgaven. Hvordan vi har gjort dette er forklart under 3.3 søkestrategi.

Fase to innebærer å identifisere nøkkelfunn i de ulike artiklene (Evans, 2002, s.25). For å gjøre dette leste vi hver artikkel grundig hver for oss og noterte alle nøkkelfunn underveis. Videre diskuterte vi funnene og listet de opp i en tabell. På den måten skaffet vi en god oversikt over de ulike studienes nøkkelfunn.

Fase tre innebærer å sammenligne funnene fra de ulike studiene. Dette gjorde vi ved å gå grundig gjennom tabellen med nøkkelfunnene fra de ulike studiene, og sammenligne forskjeller og enigheter. Denne prosessen resulterte i en gradvis økende forståelse (Evans, 2002, s.25). Vi kategoriserte så nøkkelfunn som hadde fellestrekk til ulike temaer. Temaene vi kom frem til var: Betydningen av god symptomlindring i terminal fase, helhetlig omsorg, å ivareta pårørende til pasienter i terminal fase og god terminalomsorg krever planlegging.

Fase fire handler om å beskrive fenomenet ved å belyse temaer som har fremkommet av analysen (Evans, 2002, s.25). Dette vil bli presentert resultatkapitlet.

4 Resultat

I dette kapitlet presenteres studienes resultat inndelt i fire tema.

4.1 Betydningen av god symptomlindring i terminal fase

Pasienter i terminal fase lider ofte av flere plagsomme symptomer. For å sørge for at denne fasen allikevel blir så god som mulig var det i flere studier lagt vekt på betydningen av optimal symptomlindring (Wille & Nyrønning, 2012; Rys, Mortier, Deliens & Bilsen, 2014; Gjerberg & Bjørndal, 2009). En deltaker i studien til Gjerberg & Bjørndal (2009) sa det så enkelt: "...De pasientene som har en god død, det er de som har det fredelig og slipper å slite med plagsomme symptomer..." (Gjerberg & Bjørndal, 2009, s.176).

Den døende sykehjemspasienten utgjør en veldig sårbar gruppe der fysiske behov ofte preges av sterke smerter, stor avhengighet og økt krav til grunnleggende sykepleie. Mange har et omfattende sykdomsbilde med behov for tett oppfølging og medisinsk behandling (Kisvetrová, Vévodová, & Skoloudík, 2017; Svendsen, Landmark & Grov, 2017; Gjerberg & Bjørndal, 2009). Dette krever god kompetanse blant personalet (Svendsen et al., 2017; Wille & Nyrønning, 2012).

Sykepleierne i studien til Svendsen et al. (2017) fremhevet kompetanse som en forutsetning for å føle seg trygge i egen rolle. Det handler om kompetanse både hos den enkelte pleier og på systemnivå, for eksempel ved at avdelingen har retningslinjer og rutiner som er nedtegnet og lett tilgjengelig for personalet (Gjerberg & Bjørndal, 2009). Hvorfor kompetanse er viktig for å behandle pasienter i terminal fase kom tydelig frem i studien til Wille & Nyrønning (2012):

"Mange pasienter er ikke i stand til å formidle subjektiv smerteopplevelse. Disse pasientene er avhengige av at omsorgspersoner har evne til å tolke ikke-verbale tegn som kan tyde på smerte, og at dette følges opp med tiltak for utredning og behandling" (Wille & Nyrønning, 2012, s.14).

Dersom pasienter kommer til et stadium der tradisjonell symptomlindring ikke er tilfredsstillende nok kan det være behov for å ta i bruk sedative legemidler. Kontinuerlig bruk av sedative legemidler frem til dødsfall blir mye brukt i sykehjem. En slik type behandling gis til pasienter som både har fysiske og psykologiske symptomer (Rys et al., 2014, s.1869).

4.2 Helhetlig omsorg

Pleie og omsorg ved livets slutt innebærer ikke bare å ta hensyn til pasientens fysiske symptomer. Flere studier legger vekt på at sykepleier skal sørge for at pasienten opplever å bli ivaretatt på en helhetlig og omsorgsfull måte (Percival & Johnson, 2013;

Emilsdóttir & Gústafsdóttir, 2011; Gjerberg & Bjørndal, 2009). En sykepleier i studien til Gjerberg & Bjørndal (2009) beskrev det slik: *"At pasientene blir sett og verdsatt må gå som en rød tråd gjennom hele oppholdet, men er ikke desto mindre viktig i den siste fasen av livet. Er ikke dette til stede faller alt annet fra"* (Gjerberg & Bjørndal, 2009, s.175). Til tross for dette viser likevel en av studiene at det er mindre fokus på psykiske, sosiale og åndelige behov enn det er på fysiske behov (Kisvetrová et al., 2017).

Den siste tiden av livet er gjerne preget av usikkerhet og bekymring, det er derfor viktig at sykepleier skaper trygghet ved å være til stede for pasienten (Percival & Johnson, 2013; Emilsdóttir & Gústafsdóttir, 2011; Gjerberg & Bjørndal, 2009). Når man skal sørge for å gi helhetlig omsorg vil det å vise respekt være en sentral del. Sykepleier må ta hensyn til pasientens tanker og meninger (Emilsdóttir & Gústafsdóttir, 2011; Gjerberg & Bjørndal, 2009). I flere av studiene ble det nevnt tiltak som kan bidra til at pasienten opplever respekt og verdighet til siste slutt. Slike tiltak kan være å sørge for at pasienten er velstelt, lindre plagsomme symptomer, skape en trygg atmosfære, ta seg tid til å lytte, og snakke til pasienten på en respektfull måte selv når bevisstheten er svekket (Percival & Johnson, 2013; Emilsdóttir & Gústafsdóttir, 2011; Gjerberg & Bjørndal, 2009). At sykepleier tar seg tid til å sette seg ned med den døende og vise emosjonell støtte kan ha stor betydning for at pasienten skal føle seg trygg og ivaretatt (Percival & Johnson, 2013, s.21). I og med at vi ser en utvikling der flere og flere dør på sykehjem er det viktig at det blir gjort tiltak slik at man har ressurser til å gi helhetlig omsorg i tilstrekkelig grad i den siste tiden (Kisvetrová et al., 2017, s.132).

4.3 Å ivareta pårørende til pasienter i terminal fase

Samarbeid med pårørende i den terminale fasen er viktig for å ivareta pasientens ønsker, og for å skape trygghet hos pårørende. Godt samarbeid forutsetter at det er god kommunikasjon mellom partene, noe som vil skape tillitt og forebygge usikkerhet (Johnson & Bott, 2017; Wille & Nyrønning, 2012; Svendsen et al., 2017; Gjerberg & Bjørndal, 2009). Det er viktig at pårørende får god informasjon om pasientens utvikling og videre behandling (Emilsdóttir & Gústafsdóttir, 2011; Gjerberg & Bjørndal, 2009).

Mange pårørende ønsker å ta del i pleien den siste tiden, for å føle seg til nytte og gjøre mer enn å bare sitte ved sengekanten. Slik involvering krever god veiledning fra sykepleier (Svendsen et al., 2017; Emilsdóttir & Gústafsdóttir, 2011; Gjerberg & Bjørndal, 2009). Å involvere pårørende i for eksempel deler av stellet til den døende kan åpne for en god samtale og samarbeid mellom pårørende og sykepleier (Percival & Johnson, 2013; Svendsen et al., 2017). Samtidig understreker Svendsen et al. (2017, s.9) at sykepleierne må trygge pårørende med at det er betydningsfullt å bare være til stede hos den døende.

Det er viktig at pårørende ikke blir etterlatt med ett større ansvar enn de føler de kan takle. Pårørende har ulikt behov for oppfølging og tilstedeværelse av sykepleier. Sykepleier må trygge pårørende på at det er de som har ansvaret og at de alltid er tilgjengelige (Svendsen et al., 2017; Gjerberg & Bjørndal, 2009). En sykepleier i studien til Svendsen et al. (2017, avsnitt 26), beskrev det i følgende eksempel:

"Hvis du ser at pasienten er urolig, og du må gi medikamenter, så er det ikke bare å gi og gå, da må du følge det opp. Samme om det er pårørende til stede, det er din oppgave" (Svendsen et al. 2017, avsnitt 26).

4.4 God terminalomsorg krever planlegging

Terminalomsorg omfatter også planlegging og avklaring som gjøres i perioden før pasienten er døende. Dette er viktig for å sørge for at pleien som blir gitt er i tråd med pasient og pårørendes ønsker (Svendsen et al., 2017; Johnson & Bott, 2017; Percival & Johnson, 2013; Emilsdóttir & Gústafsdóttir, 2011).

Mange av tiltakene som iverksettes i livets siste fase blir ikke tatt i bruk før pasienten er så dårlig at han/ hun ikke selv er i stand til å ta del i beslutningen (Rys et al., 2017). Dette illustrerer viktigheten av å planlegge terminalomsorgen i god tid. Studien til Emilsdóttir & Gústafsdóttir (2011) viser at planleggingen av terminalomsorg ofte blir utsatt til det er helt nødvendig:

"The nurses were aware that death is always imminent in the nursing home. However, usually discussions on directives regarding limiting care were not initiated until the resident`s health took a serious turn for the worse" (Emilsdóttir & Gústafsdóttir, 2011, s.407)

Når livet går mot slutten, bør pasient og pårørende tilbys en samtale der man formidler at døden er nært forestående og hva man forventer for tiden fremover (Wille & Nyrønning, 2014). Det å ta seg tid til å lytte til pasientene og deres pårørende burde allikevel prioriteres gjennom hele sykehjemsoppholdet. Dette kan åpne opp for diskusjoner og planlegging av terminalomsorg når det faller seg naturlig, og gir mulighet til å svare på eventuelle spørsmål de har til tiden som kommer. På den måte kan man gradvis samle viktig informasjon i god tid (Percival & Johnson, 2013; Johnson & Bott, 2017).

I flere av studiene kom det frem at sykepleierne syns det var en krevende oppgave, både profesjonelt og personlig, å ha samtaler med pasient og pårørende om døden (Percival & Johnson, 2013; Emilsdóttir & Gústafsdóttir, 2011; Johnson & Bott, 2017). Personalet ser samtidig fordelene med å ha en åpen dialog omkring døden, da dette kan åpne for planlegging i en tidlig fase (Percival & Johnson, 2013).

5 Diskusjon

Diskusjonskapitlet inneholder to deler. Først en metodediskusjon der vi skal gjøre en kritisk vurdering av vårt arbeid med datasamling, litteratursøk og utvelgelse av forskningsartikler. Studiens styrker, svakheter og avgrensninger vil her bli diskutert. Deretter kommer det en resultatdiskusjon der vi vil drøfte sentrale funn i artiklene opp mot relevant teori.

5.1 Metodediskusjon

Arbeidet med det systematiske litteratursøket startet høsten 2019. Dette var arbeid som var nytt for oss begge, og de første ukene var preget av lite system og mye usikkerhet. Vi deltok på alt av undervisning og veiledningstimer og fikk etter hvert en større forståelse av hvordan en slik oppgave skrives. Pensumboken "Att göra systematiske litteraturstudier" (Forsberg & Wengström, 2016) ble brukt som kilde i arbeid med metodedelen av oppgaven.

Vi fant artikler gjennom søk i databasene Cinahl, Medline og Svemed+. Disse blir i Forsberg & Wengström (2016, s.64- 67) beskrevet som gode databaser. Cinahl og Medline omfatter forskning fra hele verden. Ved å bruke databasen SveMed+ fant vi forskning fra skandinaviske sykehjem. Det ble inkludert tre studier som var utført på norske sykehjem, de resterende er utført i land med et sammenlignbart helsevesen. Å bruke både nasjonale og internasjonale studier anser vi som en styrke i oppgaven fordi det vil bidra til et bredere kunnskapsgrunnlag. Det ble satt en grense på at artiklene ikke skulle være eldre enn 10 år, da sykepleiefaget er i stadig utvikling. Dette vil øke troverdigheten og relevansen for vår oppgave.

Av våre inkluderte artikler bruker tre av de kvantitativ og fem av de kvalitative forskningsmetode. De kvantitative studiene har innhentet data fra større grupper, noe som gir et bredt resultat i form av målbare enheter (Dalland, 2013, s.112). Lignende resultat blir utdypet i inkluderte kvalitative studier, der deltakerne deler sitt syn på fenomenet (Forsberg & Wengström, 2016, s.144). Siden det er sykepleieres syn på terminalomsorg vår oppgave er ute etter, har det vært naturlig å inkludere flest kvalitative forskningsartikler. Vi anser det likevel som en styrke at vi har inkludert begge former for forskning da det vil gi en bredere tilnærming til fenomenet. Problemstillingen for oppgaven vår har et sykepleieperspektiv. To av de inkluderte forskningsartiklene har flere perspektiv, der vi kun har resultater beskrevet av sykepleier med i oppgaven. Vi valgte å inkludere disse til tross for flere perspektiv, da begge inneholder gode resultater som svarer på oppgaven vår.

I arbeidet med analyse brukte vi innholdsanalysen beskrevet av Evans (2002). Vi valgte denne fordi den ble anbefalt på forelesning og fordi den ga en god forståelse for hvordan analysen bør gjennomføres. Det å være to personer som tolker og vurderer kvalitet og relevans av hver artikkel vil kvalitetssikre analysen. Analysearbeidet var en krevende

oppgave der flere nøkkelfunn overlappet hverandre. Vi arbeidet derfor grundig med dette og kom frem til en resultatdel som gjenspeiler sentrale funn fra artiklene.

5.2 Resultatdiskusjon

I dette kapittelet vil vi diskutere problemstillingen opp mot resultat og relevant teori. Resultatdiskusjonen vil bli organisert ut fra de fire temaene som er presentert i resultatdelen.

5.2.1 Betydningen av god symptomlindring i terminal fase

Flere studier peker på at god symptomlindring er nødvendig for å sørge for at den terminale fasen blir så god som mulig (Wille & Nyrønning, 2012; Rys et al., 2014; Gjerberg & Bjørndal, 2009; Kisvetrová et al., 2018). Dette samsvarer med pensumlitteratur som sier at symptomhåndtering, sammen med optimalisering av livskvalitet skal være sykepleierens mål i den terminale fasen (Gro, 2016, s.525). Pleie og omsorg ved livets slutt er av en særskilt kategori som skiller seg fra behandlingsstrategier ved sykdom generelt i og med at det ikke forventes at pasienten vil oppleve bedring (Gro, 2016, s. 529). Ut fra Kari Martinsen omsorgsteori kan omsorg knyttet til livets slutt betegnes som vedlikeholdsomsorg, der pleiesituasjonen er preget av å forsøke å gjøre det så godt som mulig for pasienten (Martinsen, 2003, s.78). God sykepleie kan både lindre og forebygge plagsomme symptomer i den terminale fasen. Dette innebærer blant annet å sørge for behagelig leie, godt munnstell, frisk luft i rommet og administrering av legemidler (Mathisen, 2017, s.426-430; Gro, 2016, s.530-532). Sistnevnte er en viktig del av sykepleiers oppgave på sykehjem. Pasienter i terminal fase kan ha vanskelig for å svelge tabletter, og administrering av legemidler skjer gjerne subkutant eller intravenøst (Helsedirektoratet, 2018). Pasienten kan etter hvert komme til et stadium der det er økt behov for symptomlindring, det kan da være aktuelt å ta i bruk sedative legemidler (Rys et al., 2014) Sykepleier skal administrere disse etter legens forordning, samt gjøre gode observasjoner av effekt og eventuelle bivirkninger (Mathisen, 2017, s.426-430).

Den døende sykehjemspasienten utgjør en sårbar gruppe med stor avhengighet og et omfattende hjelpebehov (Kisvetrová et al., 2017; Svendsen et al., 2017; Gjerberg & Bjørndal, 2009). Mange eldre lider av flere sykdommer, såkalt komorbiditet. Dette vil vedvare i livets slutfase og medføre at den som skal pleie den døende vil møte et komplekst sykdomsbilde (Gro, 2016, s.522). Kari Martinsen beskriver at omsorgsarbeid i sykepleien er rettet mot ikke selvhjulpne personer som er syke eller pleietrengende. Å møte den syke med omsorg innebærer at sykepleier har kunnskaper, ferdigheter og organisatorisk kompetanse (Martinsen, 2003, s.75). Det kreves kunnskap om enkeltsykdommer, kombinasjoner av disse, sykdomsutvikling frem mot døden og behandling i denne perioden (Gro, 2016, s.522). I og med at pasienten i denne delen av livet blir mer og mer hjelpetrengende blir ferdighetskompetanse i form av håndlag og prosedyreutøvelse spesielt viktig (Gro, 2016, s.259). I den terminale fasen er mange pasienter ikke i stand til å formidle subjektiv smerteopplevelse. De er avhengige av at sykepleier kan gjøre gode observasjoner som følges opp med hensiktsmessige tiltak (Wille & Nyrønning, 2012, s.14). Kari Martinsen understreker at fagkunnskapen må praktiseres for å være et redskap i omsorgsarbeidet. Med dette mener hun at fagkunnskaper kan i tillegg til egne erfaringer gjøre sykepleier enda bedre i stand til å

hjelpen den syke (Martinsen, 2003, s.75). I tillegg til kompetanse på individnivå er kompetanse på systemnivå svært viktig. Dette kan for eksempel vises ved at den enkelte avdeling har klare rutiner og retningslinjer for optimal symptomlindring som er lett tilgjengelig for personalet (Gjerberg & Bjørndal, 2009). Studiene peker på at dette er en forutsetning for at sykepleier skal kunne handle raskt og sette i gang tiltak slik at pasienten er tilstrekkelig symptomlindret (Gjerberg & Bjørndal, 2009; Wille & Nyrønning, 2012). Dette vektlegges også i Mathisen (2017, s.413) der det blir nevnt at et svært viktig tiltak for å bedre kvaliteten på pleien til døende i kommunehelsetjenesten er systematisk opplæring av helsepersonell på den enkelte avdeling.

5.2.2 Helhetlig omsorg

Ivaretagelse av hele mennesket er en sentral del av det å gi god terminalomsorg. I studiene kommer det frem at det er sykepleier som skal sørge for at pasienten opplever å bli ivaretatt på en helhetlig og omsorgsfull måte (Percival & Johnson, 2013; Emilsdóttir & Gústafsdóttir, 2011; Gjerberg Bjørndal, 2009). Sykepleieren må ha en tilnærming som ivaretar hele menneskets behov og som bygger på personens opplevelse av situasjonen (Kristoffersen & Nortvedt, 2017, s.103). En helhetlig tilnærming vil ifølge Kari Martinsens være å vise aktelse for livet. Sykepleier må være bevisst på at personen en møter er mer enn det som umiddelbart kommer til syne (Austgard, 2010, s.77). Helhetlig omsorg innebærer å ta hensyn til både fysiologiske, psykologiske, sosiale, åndelige og eksistensielle behov (Kristoffersen & Nortvedt, 2017, s.102).

Det å ivareta pasientens fysiologiske behov går først og fremst ut på å sørge for at pasienten er tilstrekkelig lindret for plagsomme symptomer. Dette har vi utdypet i kapittel 5.2.1. Pasientens psykologiske og sosiale behov kan blant annet ivaretas ved at sykepleier prioriterer å være til stede for pasienten. Å skulle møte døden gir for mange en sterk følelse av ensomhet (Mathisen, 2017, s.424). Det å sette seg ned og holde pasienten i hånden vil ha stor betydning for at pasienten skal føle seg trygg og ivaretatt (Percival & Johnson, 2013, s.21.). Ingen vet hvor mye en terminal pasient kan høre, men det kan virke som at bevisstheten deres er større enn evnen til å svare. Sykepleier skal derfor gå ut fra at pasienten kan høre alt som blir sagt (Norsk helseinformatikk, 2018). Samtidig kommer det frem i en av studiene at det å snakke til pasienten selv når bevisstheten er svekket vil være med på å vise verdighet og respekt (Percival & Johnson, 2013). Sykepleier kan uttrykke dette gjennom bevisst stemmebruk og ordvalg (Gro, 2016, s.525). Om pårørende er til stede kan de gjerne samtale seg imellom. Det virker ofte beroligende på den døende å høre kjente stemmer, og det vil kunne ivareta sosiale behov (Gro, 2016, s.530). Musikk, samtaler med familiemedlemmer eller fysisk nærvær, kan lette på angst, pustevansker og den totale smerteopplevelsen. Små tiltak som dette kan virke ubetydelige for sykepleier, men i den terminale fasen vil dette ha betydning for pasientens livskvalitet (Gro, 2016, s.531).

Tanker om åndelighet og eksistensielle spørsmål er vanlige hos den døende. Hos enkelte pasienter vil åndelighet være knyttet til religion. Eksistensiell og åndelig omsorg kan forstås som medfølelse tilstedeværelse der sykepleier lytter, viser interesse og engasjement (Kalfoss, 2017, s.470). Ut fra dette tenker vi at det å tilby samtale med

prest, lese vers fra bibelen eller sette på gudstjeneste på radio, kan legge til rette for pasientens åndelighet.

Her har vi valgt å presentere helheten som summen av flere dimensjoner. Kari Martinsen påpeker at man må se helheten som mer enn dette, da den kan inneholde deler vi ikke kan forstå. Sykepleier må derfor, i tillegg til å ivareta de beskrevne dimensjonene, være åpen og mottakelig for det man ikke vet eller forstår omfanget av (Austgard, 2010, s.76-77).

Det fremkommer i en av studiene at det er mindre fokus på psykiske, sosiale og åndelige behov enn fysiske behov (Kisvetrová et al., 2017). En ser gjerne at åndelig og eksistensiell omsorg blir oversett i praksis. Hvorfor sykepleierne overser dette feltet er usikkert, men det kan ha sammenheng med både deres kunnskap og mestring rundt temaet (Kalfoss, 2017, s.470). Psykiske plager har vært et tabubelagt tema i lang tid, noe som kanskje henger igjen hos flere, spesielt eldre. Vi antar at dette kan være noe av grunnen til at slike behov blir lagt mindre vekt på i den terminale fasen på sykehjem. En annen grunn til at disse behovene kan bli oversett i praksis kan være mangelen på tid. En typisk sykehjemsavdeling er gjerne travel og det blir stadig et økende behov for effektivitet (Nydal, Åsmo, Dybvik & Torheim, 2016). Det burde derfor bli gjort tiltak som sørger for at man har ressurser til å gi helhetlig omsorg i tilstrekkelig grad den siste tiden (Kisvetrová et al., 2017, s.132).

5.2.3 Å ivareta pårørende til pasienter i terminal fase

De fleste terminale pasienter på sykehjem har familie og pårørende rundt seg den siste tiden. De vil kunne være en viktig ressurs for den døende med tanke på psykisk støtte og sosiale behov. Samtidig er det viktig at sykepleier ser pårørende som mennesker med egne behov for ivaretagelse og støtte. Pårørende er i en vanskelig situasjon, og minnene fra denne tiden vil de bære med seg videre (Helsedirektoratet, 2018; Mathisen, 2016, s.416). Kari Martinsen påpeker at alle kan komme i en situasjon der de har behov for støtte fra andre, og som sykepleier må en kunne se disse behovene (Martinsen, 2003, s.15). I studien gjort av Emilsdóttir og Gústafsdóttir (2011) understrekes det at sykepleier skal sørge for at situasjonen oppleves på en best mulig måte for pårørende.

Det kan være utfordrende for pårørende og sitte og se på at pasienten er i en fase med plagsomme symptomer. Mange ønsker da å kunne hjelpe, for eksempel ved å ta del i pleien som gis (Svendsen et al., 2017). Sykepleier bør da legge til rette for at pårørende kan hjelpe til. Dette kan gjøres ved å gi opplæring i enkle prosedyrer som bidrar til velvære for pasienten, for eksempel munnstell (Grov, 2016, s.531). Det er likevel ikke alle pårørende som ønsker eller føler seg komfortable med å delta i prosedyrer. En av studiene understreker at sykepleier må trygge pårørende på at bare det å være til stede vil være betydningsfullt for pasienten (Svendsen et al., 2017). Pårørende vil ha forskjellige behov når det kommer til tilgjengelighet og oppfølging av sykepleier. Det vil alltid være viktig å tydeliggjøre at sykepleier har ansvaret (Svendsen et al., 2017; Gjerberg & Bjørndal, 2009). Det kan bli lange dager for pårørende inne hos pasienten, sykepleier bør da forsøke å avlaste når det er mulighet for det (Grov, 2016,

s.533). Ut fra dette mener vi at sykepleier for eksempel kan råde pårørende til å gå en tur ut, og trygge de med at en pleier vil være til stede hos pasienten.

I flere av studiene blir godt samarbeid med pårørende beskrevet som viktig for å ivareta pasientens ønsker og for å skape trygghet hos pårørende (Johnson & Bott, 2017; Wille & Nyrønning, 2012; Svendsen et al., 2017; Kisvetrová et al., 2017). Trygghet og tillitt er grunnleggende for å utvikle en god relasjon mellom mennesker (Helgesen, 2016, s.146). Kari Martinsen sier i sin teori at omsorg har en relasjonell side, der forholdet mellom mennesker er det vesentlige. Omsorg vil altså si å ta hensyn til andre, noe som forutsetter at en kan forstå andres situasjon (Martinsen, 2003, s.69). En god relasjon mellom sykepleier og pårørende forutsetter at pårørende føler seg ivarettatt og respektert (Kirkevold, 2016, s.147). Sykepleier må vise at han/hun er tilgjengelig og åpen for samtale om det pårørende måtte ha behov for (Helsedirektoratet, 2018). Vi antar at enkle tiltak som å vise pårørende ringesnoeren, og komme ofte innom pasientrommet vil gjøre det enklere for pårørende å ta kontakt med personalet. Det bør også settes av tid til planlagte samtaler om den terminale fasen i tiden før, der pårørende får nødvendig informasjon og mulighet til å uttrykke eventuelle ønsker for den siste tiden (Helsedirektoratet, 2018). Dette understrekes i noen av studiene som mener at det er viktig at pårørende får god informasjon om pasientens utvikling og videre behandling (Emilsdóttir & Gústafsdóttir, 2011; Gjerdborg & Bjørndal, 2009).

5.2.4 God terminalomsorg krever planlegging

En viktig forutsetning for god terminalomsorg er planlegging og avklaring som gjøres i god tid før pasienten er døende (Svendsen et al., 2017; Percival & Johnson, 2013; Emilsdóttir & Gústafsdóttir, 2011). I følge Emilsdóttir og Gústafsdóttir (2011) bør sykepleier, pasient og nærmeste pårørende ha en samtale om dette temaet når pasienten flytter inn på sykehjemmet. Slike forhåndssamtaler kan være grunnlag for utarbeidelse av palliativ plan. Dette er en plan som skal inneholde pasient og pårørendes ønsker og preferanser til livets siste fase, ansvarsforhold i forhold til videre behandling og omsorg, og informasjon om hva som skal skje etter at pasienten har gått bort (Helsedirektoratet, 2018). Flere av tiltakene som iverksettes i livets siste fase er ikke aktuelle før pasienten er sterkt preget av situasjonen og ikke er i stand til å ta del i beslutninger (Rys et al., 2017). Dette illustrerer hvor nødvendig det er å planlegge omsorgen som skal gis i den terminale fasen i god tid. Planlegging kan skje naturlig gjennom hele sykehjemsoppholdet ved at sykepleier tar seg tid til å lytte til pasienten. På den måten kan man gradvis samle viktig informasjon i god tid (Percival & Johnson, 2013; Johnson & Bott, 2017). Sykepleier kan oppleve det som en krevende oppgave, både profesjonelt og personlig, å samtale med pasient og pårørende om døden (Percival & Johnson, 2013; Johnson & Bott, 2017; Emilsdóttir & Gústafsdóttir, 2011; Wille og Nyrønning, 2014). I møte med lidende og døende pasienter blir sykepleier påvirket på et personlig plan. Sykepleier må utvikle evne til å stå i situasjonene og mestre dem (Kalfoss, 2017, s.453). Åpen dialog mellom sykepleierne gjør at de kan dele kliniske utfordringer, støtte hverandre i vurderinger, beslutningsprosesser og tiltak som utøves i terminalomsorgen (Grov, 2016, s.529). Pleie og omsorg til døende er et teamarbeid som forutsetter at legen aktivt tilrettelegger for kontinuerlig behandling som sikrer oppfølging og justering gjennom hele døgnet (Wille & Nyrønning, 2014). Vi anser det som spesielt viktig med slik planlegging og samarbeid når det skjer endringer i pasientens

helsetilstand på kveldstid eller helg, da pasientens lege ikke vil være tilgjengelig. Dette kan blant annet være med på å hindre uønsket sykehusinnleggelse.

Når man har kommet til det stadiet der pasientens bevissthet er svekket, vil pårørende kunne ta del i beslutninger. Pårørende kjenner gjerne pasienten bedre enn personalet og vet hva han/hun måtte ønske (Rys et al., 2014; Johnson & Bott, 2017; Emilsdóttir & Gústafsdóttir, 2011). Dette understrekes også i Grov (2016, s.529) der det står at pårørende bør forespørres og rådføres når den døende selv ikke har mulighet til å uttrykke seg. I Grov (2016, s.524) påpekes viktigheten av å ivareta pasientens autonomi så godt det lar seg gjøre i livets siste fase. Dette kan forstås, konkretiseres og utøves gjennom å tilrettelegge for at pasienten i denne fasen får oppfylt sine ønsker (Grov, 2016, s.524). Kari Martinsen belyser i sin omsorgsteori at omsorgen har en moralsk side. Normmoralen viser til regler og prinsipper som er skapt av mennesket og samfunnet (Kristoffersen, 2017, s.62). Det er lovpålagt at det skal legges til rette for at pasienten kan medvirke i beslutninger som fattes om ens egen behandling. I tillegg har han/hun krav på all relevant informasjon om sin tilstand og helsehjelpen som gis (Pasient- og brukerrettighetsloven, §3-1 & §3-2). Kari Martinsen problematiserer samtidig det etiske prinsippet om pasientens autonomi i sin teori. Hun mener at sykepleieren må benytte sin faglige merforståelse på en måte som har til hensikt å gagne den enkelte pasient. I noen situasjoner innebærer det å trekke pasienten med i beslutninger, mens i andre situasjoner kan man la pasienten få slippe å ta stilling til kompliserte spørsmål som kan være vanskelig å håndtere (Kristoffersen, 2017, s.59). Dette er spesielt relevant på sykehjem der mange har en demensdiagnose og dermed begrenset evne til å uttrykke seg. I slike situasjoner blir bruk av palliativ plan, godt samarbeid med pårørende og sykepleiers vurderinger av pasientens behov spesielt viktig (Kunnskapssenteret, 2014, s.39).

6 Konklusjon

Hensikten med oppgaven er å utforske sykepleiers erfaringer med terminalomsorg på sykehjem, og dermed belyse hvordan man kan gi best mulig omsorg til denne pasientgruppen. Gjennom arbeidet med oppgaven kom vi frem til fire tema som vil ha betydning for god terminalomsorg. Disse temaene er betydningen av god symptomlindring i terminal fase, helhetlig omsorg, å ivareta pårørende til pasienter i terminal fase og at god terminalomsorg krever planlegging. Alle temaene må være til stede og er avhengige av hverandre for å sikre god omsorg til døende.

Det fremkommer at terminalomsorg til døende på sykehjem er en omfattende oppgave. Det kreves mye av sykepleier både faglig og personlig. Sykepleier skal observere pasientens utvikling og utføre relevante tiltak for å lindre symptomer. I tillegg må sykepleier sørge for at pasienten blir ivaretatt på helhetlig og omsorgsfull måte, med hensyn til alle pasientens behov. Pårørende er ofte til stede i den terminale fasen. De vil kunne være en viktig ressurs for pasienten, men sykepleier må også se de som mennesker i en vanskelig situasjon med egne behov for ivaretagelse og støtte. God terminalomsorg forutsetter planlegging i god tid før pasienten er døende. Dette er viktig for å sørge for at pleien som blir gitt er i tråd med pasientens ønsker, da pasienter i terminal fase er preget av svekket bevissthet og nedsatt evne til å uttrykke seg.

Siden nesten halvparten av Norges befolkning dør på sykehjem, og terminalomsorg er en så omfattende oppgave, er det behov for mer forskning på temaet. Vi foreslår at det forskes mer på sykepleiers erfaringer, samt faktorer som fremmer og hemmer tilrettelegging av terminalomsorg for å øke kompetansen på feltet. På den måten kan man identifisere mangler, og hva som må til for å forbedre omsorgen.

Referanser

- Austgard, K. (2010). *Omsorgsfilosofi i praksis* (2.utg.). Oslo: Cappelen.
- Braut, G. S. (2018). Sykehjem. *Store medisinske leksikon*. Hentet 28. april 2020 fra <https://sml.snl.no/sykehjem>
- Brodtkorb, K. (2016). Ernæring, mat og måltider. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie- God omsorg til den gamle pasienten* (s.301-315). Oslo: Gyldendal.
- Danielsen, A., Berntzen, H. & Almås, H. (2017). Sykepleie ved smerte. I H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie 1* (s.381-427). Oslo: Gyldendal
- Emilsdóttir, A. L. & Gústafsdóttir, M. (2011). End of life in an Icelandic nursing home: an ethnographic study. *International journal of palliative nursing*, 2011(17), 405-411. <https://doi.org/10.12968/ijpn.2011.17.8.405>
- Evans, D. (2002). Systematic reviews of interpretive research: interpretive data synthesis of processed data. *Australian journal of advanced nursing* 2002-2003(20), 22-26. Hentet fra <https://www.ajan.com.au/archive/Vol20/Vol20.2-4.pdf>
- Folkehelseinstituttet. (2019, 24. januar). De fleste dør på sykehjem, få dør hjemme. Hentet fra <https://www.fhi.no/nyheter/2018/de-fleste-dor-pa-sykehjem/>
- Folkehelseinstituttet. (2019, 10. desember). Demens. Hentet fra <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/demens/>
- Forsberg, C. & Wengstrøm, Y. (2016). *Att göra systematiska litteraturstudier* (4.utg.). Lettland: Natur og kultur.
- Gjerberg, E. & Bjørndal, A. (2009). Hva er en god død i sykehjem?. *Sykepleien forskning*, 2007(3), 174-180. DOI:10.4220/sykepleienf.2007.0057
- Grov, E. K. (2016). Pleie og omsorg ved livets slutt. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie- God omsorg til den gamle pasienten* (s.522-535). Oslo: Gyldendal.
- Hauge, S. (2016). Sykepleie i sykehjem. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie- God omsorg til den gamle pasienten* (s.265-283). Oslo: Gyldendal.
- Helgesen, A. K. (2017). Sosial kontakt. I G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie- bind 3* (s.141-167). Oslo: Gyldendal.
- Helsebiblioteket. (2016, 03. juni). Sjekklister. Hentet fra <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister>
- Helsedirektoratet. (2018, 18. september). Lindrende behandling i livets slutfase. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/lindrende-behandling-i-livets-slutfase>

- Helsedirektoratet. (2015). *Rapport om tilbudet til personer med behov for lindrende behandling og omsorg mot livets slutt* (IS-2278). Hentet fra https://www.regjeringen.no/contentassets/a4b45c8f57e741bdbb3bfb32c6b9ef43/rapport_hdir_palliasjonsrapport_160315.pdf
- Helsedirektoratet. (2018, 18. januar). Støtte til pårørende ved livets slutt. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/parorendeveileder/stotte-familie-og-andre-parorende/stotte-til-parorende-ved-livets-slutt>
- Hustad, B. D. (2015). Den ensomme døden. *Sykepleien* 2015;103(7), 55-56. DOI:10.4220/Sykepleiens.2015.54703
- Johnson, S. & Bott, M. J. (2017). Communication with residents and families in nursing homes at the end of life. *Journal of hospice and palliative nursing*. 18, 124-130. DOI:10.1097/NJH.0000000000000222
- Kalfoss, M. H. (2017). Møte med lidende og døende pasienter-sykepleierens møte med seg selv. I H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie 2* (s.453-481). Oslo: Gyldendal
- Kisvetrová, H., Vévodová, S. & Skoloudík, D. (2017). Comfort- Supporting Nursing Activities for End-of-Life Patients in an Institutionalized Environment. *Journal of Nursing Scholarship*, 50:2, 126-133. DOI:10.1111/jnu.12341
- Kristoffersen, N. J. & Nortvedt, P. (2017). Pasient og sykepleier- verdier og samhandling. I G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie- bind 1* (s.90-138). Oslo: Gyldendal
- Kristoffersen, N. J. (2017). Sykepleiefagets teoretiske utvikling- en historisk reise. I G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie- bind 3* (s.16-80). Oslo: Gyldendal.
- Kunnskapscenteret. (2014). *Livets slutfase – om å finne passende behandlingsnivå og behandlingsintensitet for alvorlig syke og døende*. (Rapport nr. 18–2014). Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten
- Kvam, M. (2018, 27. april). Livets siste timer. *Norsk helseinformatikk*. Hentet fra <https://nhi.no/sykdommer/kreft/den-siste-tiden-hjemme/livets-siste-timer/?page=all>
- Martinsen, K. (2003). *Omsorg, sykepleie og medisin* (2.utg.). Otta: Universitetsforlaget
- Mathisen, J. (2017). Sykepleie ved livets avslutning. I G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie- bind 3* (s.408-449). Oslo: Gyldendal.
- Norsk palliativ Forening. (2016). Begrep. Hentet fra <https://palliativ.org/publikasjoner/begrep>
- NSD- Norsk senter for forskningsdata. (2019). Register over vitenskapelige publiseringskanaler. Hentet fra https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/KanalTreffliste.action?xs=&__checkboxox_bibsys=true&tv=true
- Nydal, I., Åsmo, K., Dybvik, T. K. & Torheim, H. (2016). Stressa sykepleiere i kommunene. *Sykepleien* 2016;104(3), 68-70. DOI: 10.4220/Sykepleiens.2016.56777
- Percival, J. & Johnson, M. (2013). End-of-life care in nursing and care homes. *Nursing times*, 109:½, 20-22. Hentet fra <https://www.nursingtimes.net/roles/care-home-nurses/end-of-life-care-in-nursing-and-care-homes-10-01-2013/>

- Ranhoff, A. H. (2016). Den gamle pasienten. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie- God omsorg til den gamle pasienten* (s.79-91). Oslo: Gyldendal.
- Rys, S., Mortier, F., Deliens, L. & Bilsen, J. (2014). The Practice of Continuous Sedation Until Death in Nursing Homes in Flanders, Belgium: A Nationwide Study. *The American Geriatrics Society*, 62, 1869-1876. DOI: 10.1111/jgs.13073
- Skovdahl, K. & Berentsen, V. D. (2016). Kognitiv svikt og demens. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie- God omsorg til den gamle pasienten* (s.408-437). Oslo: Gyldendal.
- Svendsen, S. J, Landmark, B. T, Grov, E. K. (2017). Døende pasienter i sykehjem: sykepleiere gjør "mer av alt" og er "alene om alt". *Sykepleien Forskning* 2017;12(63396):(e-63396). DOI: [10.4220/Sykepleienf.2017.63396](https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2017.63396)
- Wille, I. L. & Nyrønning, S. (2012). Omsorg og behandling ved livets slutt i sykehjem. *Geriatrisk sykepleie*, 3:2012, 10-17.Hentet fra omsorgsforskning-midt.no/wp-content/uploads/2013/09/omsoregartikkelgeriatri .pdf

Vedlegg

Vedlegg 1: Søkehistorikktabell

| Søkeord | Dato | Database | Begrensninger | Antall treff | Leste abstracter(antall) | Leste artikler (antall) | Inkludert artikkel |
|--|----------|----------|---|--------------|--------------------------|-------------------------|---|
| Nursing homes OR long term care facilities AND nurses OR nursing AND terminal care OR end of life care | 10.01.20 | SveMed+ | 2009-2020 Peer-reviewed | 53 | 8 | 5 | 1.Omsorg og behandling ved livets slutt i sykehjem 2.Hva er en god død i sykehjem? |
| Nursing homes OR long term care facilities AND nurses OR nursing AND terminal care OR end of life care | 10.01.20 | Medline | 2009-2020 Peer reviewed Full text Engelsk, norsk, svensk eller dansk | 231 | 56 | 12 | 1.Comfort- Supporting Nursing Activities for End-of-Life Patients in an Institutionalized Enviroment 2.Communicaton with residents and families in nursing homes at the end of life 3.End-of-life care in nursing and care homes |
| Nursing homes OR long term care facilities AND nurses OR nursing AND terminal care OR end of life care | 11.01.20 | Cinahl | 2009-2020 Peer reviewed Engelsk, norsk svensk eller dansk | 99 | 34 | 8 | 1.The Practice of Continuous Sedation Until Death in Nursing Homes in Flanders, Belgium 2.Døende pasienter i sykehjem: sykepleier gjør «mer av alt» og er «alene om alt». 3.End of life in an Icelandic nursing home: an ethnographic study |

Vedlegg 2: Litteratormatrise 1

| Referanse | Studiens hensikt/mål | Nøkkel-begrep/ Keywords | Metode | Resultat/konklusjon | Relevans: |
|--|--|--|--|---|--|
| Gjerberg, E. & Bjørndal, A. (2009). Hva er en god død i sykehjem?. <i>Sykepleien forskning</i> , 2007(3), 174-180. DOI: 10.4220/sykeplei enf.2007.0057 | Studiens hensikt var å innhente mer kunnskap om hva som kan betegnes som «en god død» og hvilke forutsetninger som må ligge til grunn for å oppnå dette. | -Sykehjem -Død -Eldre -Palliasjon | Kvalitativ metode. Et strategisk utvalg på 14 personer med ulik fagbakgrunn, ansatt ved fem sykehjem i fire helseregioner, ble intervjuet om sine erfaringer med sykehjemspasienters livsavslutning. Intervjuene ble skrevet ned, teksten ble sortert, tematisk organisert, fortolket og sammenfattet. Deretter ble det gjort en deskriptiv analyse av materialet. | Informantene fremhevet fire sentrale temaer for å oppnå «en god død». Disse var god smerte og annen symptomlindring, trygghet for ikke å være alene, at pårørende blir godt ivaretatt og at det ikke iverksettes unødig livsforlengende behandling. En grunnleggende forutsetning for å oppnå en god og verdig livsavslutning er personalets respekt for pasient og pårørende. Andre viktige forutsetninger som må være til stede er: god kommunikasjon, systematisk observasjon, god dokumentasjon, rutiner for oppfølging og god kompetanse. | Denne studien har stor relevans for vår oppgave da den er utført på norske sykehjem, og inneholder forskning om hva sykepleiere mener bør ligge til rette for å sørge for en «god død» på sykehjem. I vår oppgave vil vi bruke studien til å belyse viktigheten av ivaretagelse av pårørende og symptomlindring i den terminale fasen. |

Vedlegg 3: Litteratormatrise 2

| Referanse | Studiens hensikt/mål | Nøkkel-begrep/ Keywords | Metode | Resultat/konklusjon | Relevans: |
|--|--|---|--|---|---|
| Johnson, S. & Bott, M, j. (2017). Communication with residents and families in nursing homes at the end of life. <i>Journal of hospice and palliative nursing</i> .18, 124-130. DOI:10.1097/NJH.0000000000000222 | Studiens hensikt var å finne ut av hvem som burde ha ansvaret for samtale med pasient og pårørende om døden, når denne samtalen burde finne sted og hva den skal inneholde. Den ville også utforske om det forskjell på hvem av de ansatte som utførte samtalen. | -Communication -Terminal care -Interdisciplinary Communication - Nursing - Nursing home | Kvantitativ metode. Denne studien er en deskriptiv sekundær analyse gjort av data samlet fra en større studie om kvaliteten av terminalomsorg på sykehjem. Totalt deltok 2191 sykepleiere, fra 85 fem ulike sykehjem i USA på spørreundersøkelsen. Denne studien har tatt ut det som var relevant fra den større studien og lagt fokuset til kommunikasjon med pasient og pårørende i livets siste fase. | Studien kom frem til at det er store forskjeller blant sykepleierens meninger om hvem som burde ta initiativ til samtale med pasient og pårørende om døden. Dette tyder på at det burde komme klarere retningslinjer på hvordan en slik samtale skal foregå, slik at sykepleiere blir mer komfortable i slike situasjoner. Studien viste også at det er viktig at man tidlig i ett sykehjemsopphold får klarhet i pasient og pårørendes meninger om HLR-status og ha en utfyllende samtale om hva som kommer til å skje om pasienten går inn i en terminal fase. Denne samtalen bør om mulig tas mens pasienten enda er i stand til å ta del i den. | Denne studien har stor relevans for vår oppgave, da den belyser hvorfor det er viktig å ha samtale med pasient og pårørende for å planlegge terminalomsorgen i god tid. |

Vedlegg 4: Litteratormatrise 3

| Referanse | Studiens hensikt/mål | Nøkkel-begrep/ Keywords | Metode | Resultat/konklusjon | Relevans: |
|--|---|--|--|---|--|
| <p>Emilsdóttir, A. L. & Gústafsdóttir, M. (2011). End of life in an icelandic nursing home: an ethnographic study. <i>International journal of palliative nursing</i>, 2011(17), 405-411</p> | <p>Målet med studien er å utforske pleien som blir gitt til døende beboere på et sykehjem i Island.</p> | <ul style="list-style-type: none"> -Care of the dying -Elderly -Ethnography -Interpretative phenomenology -Nursing home -Palliative care | <p>Kvalitativ metode.</p> <p>Studieutvalget omfattet pasienter, deres nærmeste pårørende og ansatte fra et sykehjem i Island. Med ett spesielt fokus på de 11 autoriserte sykepleierne som jobbet der.</p> <p>Datainnsamlingen ble gjort ved observasjoner på sykehjemmet, semistrukturerte gruppeintervjuer med sykepleierne og undersøkelse av sykehjemmets offentlige dokumenter.</p> | <p>To hovedfunn ble avdekket: at palliativ pleie er det viktigste elementet for pleie i sykehjem, og at autoriserte sykepleiere spiller den viktigste rollen i pleien til døende på sykehjem. Det viser seg at sykepleiernes profesjonelle kunnskap rundt terminalomsorg i stor grad påvirker kvaliteten av pleien til de døende.</p> | <p>Denne artikkelen har stor relevans for vår oppgave. Den belyser at sykepleier spiller en viktig rolle i terminalomsorgen på sykehjem, blant annet i forbindelse med planlegging i god tid og ivaretagelse av pårørende.</p> |

Vedlegg 5: Litteratormatrise 4

| Referanse | Studiens hensikt/mål | Nøkkel-begrep/ Keywords | Metode | Resultat/konklusjon | Relevans: |
|--|--|--|---|---|---|
| <p>Wille, I. L. & Nyrønning, S. (2012). Omsorg og behandling ved livets slutt i sykehjem. <i>Geriatrisk sykepleie</i>, 3:2012, 10-17. Hentet fra omsorgsforskning-midt.no/wp-content/uploads/2013/09/omsorg-artikkelgeriatri.pdf</p> | <p>Hensikten med studien var å implementere en standard for omsorg og behandling ved livets slutt for å sikre kvaliteten på tjenesten som blir gitt.</p> | <ul style="list-style-type: none"> -Sykehjem -Livets slutfase -Standard -Kvalitetsforbedring -Verdighet | <p>Kvalitativ metode</p> <p>Data studien baserer seg på er hentet fra et kvalitetsutviklingsprosjekt i 2004, der ansatte fra sykehjem og en palliativ enhet utarbeidet en standard for terminalomsorg på sykehjem. Prosjektet er basert på de ansattes egne erfaringer med å ta i bruk denne standarden, samt nasjonale anbefalinger.</p> | <p>Det ble utarbeidet et veiledningshefte for omsorg og behandling ved livets slutt. Den inneholder råd og anbefalinger i forhold til sentrale domener i omsorgen for den døende. Ved å innføre en slik standard mente studien at det kan sikre og høyne kvaliteten på omsorgen til den døende på sykehjem. Den konkluderte også med at en standard ikke er tilstrekkelig i seg selv, det må i tillegg legges til rette for kompetanseheving og kontinuerlig faglig oppdatering som en del av virksomheten.</p> | <p>Denne studien har stor relevans da den tar for seg flere aspekter som er viktige i arbeidet med terminale pasienter på sykehjem. Viktigheten av gode rutiner/retningslinjer og tverrfaglig samarbeid i den terminale fasen kommer særlig frem.</p> |

Vedlegg 6: Litteratormatrise 5

| Referanse | Studiens hensikt/mål | Nøkkel-begrep/ Keywords | Metode | Resultat/konklusjon | Relevans |
|--|--|--|---|---|--|
| Rys, S., Mortier, F., Deliens, L. & Bilsen, J. (2014). The Practice of Continuous Sedation Until Death in Nursing Homes in Flanders, Belgium: A Nationwide Study. <i>The American Geriatrics Society</i> , 62, 1869-1876. DOI: 10.1111/jgs.13073 | Hensikten med studien var å undersøke hvordan kontinuerlig bruk av sedative legemidler frem til dødsfall for å lindre plagsomme symptomer, praktiseres i sykehjem. | -Palliative sedation -Continuous sedation until death -Nursing homes | Kvalitativ metode. Studien er basert på resultatene til en nasjonal tverrsnittstudie sendt ut til alle sykehjemmene i Flanders i Belgia. 660 sykepleiere deltok på undersøkelsen. Spørreskjemaet inneholdt 54 lukkede spørsmål om sykepleiernes erfaring med å bruke sedativa til terminale pasienter. Svarene ble etterpå grundig analysert. | Studien konkluderer med at kontinuerlig bruk av sedative legemidler frem til dødsfall er mye brukt på sykehjem. Det er spesielt mye brukt hos beboere med kreft, demens eller alvorlig plagsomme fysiske symptomer i den terminale fasen. Mange pasienter er kognitivt svekket i den fasen av livet og er derfor ikke med på beslutningen om de ønsker sedative midler. Dette illustrerer viktigheten av planlegging på forhånd av den terminale fasen. | Vi vil bruke denne artikkelen i vår oppgave når vi skal skrive om medikamentell behandling i den terminale fasen, da dette er en viktig del av symptomlindringen. Den belyser også viktigheten av planlegging av terminalomsorg. |

Vedlegg 7: Litteratormatrise 6

| Referanse | Studiens hensikt/mål | Nøkkel-begrep/ Keywords | Metode | Resultat/konklusjon | Relevans: |
|---|---|---|---|---|---|
| <p>Kisvetrová, H., Vévodová, S. & Skoloudík, D. (2017). Comfort-Supporting Nursing Activities for End-of-Life Patients in an Institutionalized Environment. <i>Journal of Nursing Scholarship</i>, 50:2, 126-133. doi:10.1111/jnu.12341</p> | <p>Studiens hensikt var å finne ut hvilke tiltak som ble mest brukt i møte med terminale pasienter på forskjellige institusjoner, blant annet sykehjem i Tsjekkia.</p> <p>I tillegg utforsker den om sykepleiernes utdanning, og antall års erfaring hadde sammenheng med kvaliteten av pleien.</p> | <ul style="list-style-type: none"> -Quality of care -Terminal care -Health of specific population -Symptom management -Quantitative methodology -Geriatrics | <p>Kvantitativ metode.</p> <p>907 sykepleiere fra 49 institusjoner fra 9 ulike regioner.</p> <p>Spørreundersøkelsen inneholdt spørsmål med svaralternativer rundt 31 tiltak som kan tas i bruk i arbeid med terminale pasienter, og hvor vidt sykepleierne i undersøkelsen var kjent med eller brukte disse.</p> <p>Dataene ble deretter analysert og systematisert i ulike statistiske tabeller.</p> | <p>Det kom frem at det var for lite fokus på tiltak som fremmer psykiske, sosiale, åndelige og eksistensielle behov i forhold til fysiske symptomer.t</p> <p>Hvilken utdanning og hvor mange års erfaring sykepleier hadde viste seg å ha lite betydning for den helhetlige sykepleien i livets siste fase.</p> | <p>Vi kan bruke denne artikkelen for å belyse at psykiske, sosiale, åndelige og eksistensielle behov ofte blir oversett i terminal fase på sykehjem. Og for å beskrive viktigheten av helhetlig omsorg i denne fasen.</p> |

Vedlegg 8: Litteratormatrise 7

| Referanse | Studiens hensikt/mål | Nøkkel-begrep/ Keywords | Metode | Resultat/konklusjon | Relevans: |
|--|--|---|---|---|---|
| Percival, J. & Johnson, M. (2013). End-of-life care nursing and care homes. <i>Nursing times</i> , 109:1/2, 20-22. Hentet fra nursingtimes.net/roles/care-home-nurses/end-of-life-care-in-nursing-and-care-homes-10-01-2013/ | Hensikten med studien var å utforske faktorer som bidrar til pleie av høy kvalitet ved livets slutt. | <i>Denne studien hadde ikke keywords, men keypoints:</i> -The majority of people living in a nursing or care home will die there. -Better end-of-life care in homes is one of the national end of life care programme's critical success factors. -Good-quality end-of-life care involves an individualised approach and making time for residents -Staff need to develop good working relationships with relatives -Training is needed to help staff build confidence in this area of practice. | Kvalitativ studie. Det ble først samlet inn informasjon via en kvantitativ spørreundersøkelse. Deretter ble det gjort intervjuer og gruppediskusjoner med tilfeldig utvalgte beboere (33), pårørende (16) og ansatte (41) fra 12 forskjellige sykehjem i England | Studien belyser at de viktigste tiltakene som blir gjort i terminal fase handler om personalisert pleie, verdighet og respekt, det og ta seg god tid, ha åpen samtale om døden og godt samarbeid med pårørende. Det ble også lagt vekt på at det er viktig at de ansatte har oppdatert kunnskap om terminalomsorg for å kunne gi best mulig pleie. I tillegg er det viktig at man har nok ressurser til at personalet kan ta seg tid til å lytte og snakke med pårørende og så godt det lar seg gjøre legge til rette for at pasient og pårørendes ønsker rundt dødsfallet skal kunne innfris. | Denne studien er relevant for vår oppgave da den handler om sykepleiers rolle i møte med døende pasienter på sykehjem. Den belyser godt hvor viktig kommunikasjon med pårørende er, og hvordan dette kan gjøres på best mulig måte. |

Vedlegg 9: Litteratormatrise 8

| Referanse | Studiens hensikt/mål | Nøkkel-begrep/ Keywords | Metode | Resultat/konklusjon | Relevans: |
|--|--|---|---|--|---|
| <p>Svendsen, S.J, Landmark, B.T, Grov, E.K. (2017). Døende pasienter i sykehjem: sykepleiere gjør "mer av alt" og er "alene om alt". Sykepleien Forskning 2017;12(63396):(e-63396). DOI: 10.4220/Sykepleienf.2017.63396</p> | <p>Hensikten med denne studien var å belyse sykepleiers erfaring med døende pasienter i sykehjem. Studien utforsker hva som er nødvendig for optimal behandling, pleie og omsorg ved livets slutt.</p> | <ul style="list-style-type: none"> -Sykepleie -Erfaring -Terminalpleie -Døende -Sykehjem | <p>Kvalitativ metode.</p> <p>Det ble benyttet fokusgruppeintervju med til sammen tolv sykepleiere for å innhente data. Gruppen delte erfaringer og dette fikk frem ulike perspektiver av temaet.</p> <p>Etter intervjuene ble dataen grundig analysert gjennom transkripsjon, fortolkning og systematisering av data.</p> | <p>Sykepleierne uttrykker at sykepleie til døende i sykehjem krever "mer av alt", samtidig som de opplever å være "alene om alt". Sykepleierne skal være dyktige klinikere og utøve lederskap, gi råd og veiledning til pårørende og medarbeidere. Studien belyser hvordan ramme faktorer som bemanning og kompetanse har innvirkning på sykepleierens funksjon og ansvar.</p> | <p>Studien har relevans for oppgaven da den belyser konkrete tiltak som har betydning for ivaretagelse pasienter i terminal fase. Samtidig vil den illustrere hvor krevende en slik oppgave er.</p> |

