



Fakultet for medisin og helsevitenskap  
Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie

## **Bacheloroppgave**

# **Ivaretagelse av sykehjemspasientens verdighet og ønsker i den palliative fasen**

Kandidatnummer: 10131

Antall ord: 8730

# Sammendrag

Tittel: Ivaretagelse av sykehjemspasientens verdighet og ønsker i den palliative fasen.

Hensikt: Undersøke hvordan man som sykepleier kan bidra til at pasienter på sykehjem får ivaretatt sin verdighet og sine ønsker i den palliative fasen.

Problemstilling: Hvordan kan sykepleier bidra til å ivareta sykehjemspasientens verdighet og ønsker i den palliative fasen?

Metode: Litteraturstudie hvor jeg har benyttet pensumlitteratur og annen relevant litteratur, samt fordypet meg i forskning på området.

Resultat: Tidlige forhåndssamtaler kan bidra til kartlegging av pasientens ønsker. Pårørende kan bistå med viktig informasjon hos pasienter med kognitiv svikt. Det varierer om pasienter og pårørende ønsker å være med på bestemmelser som skal tas.

Konklusjon: Kommunikasjon og relasjon kan ligge til grunn for at sykehjemspasienter kan få sine ønsker hørt. Sykepleier kan sammen med annet helsepersonell avklare viktige spørsmål knyttet til behandling gjennom forhåndssamtaler. Det kan oppstå dilemmaer der som samarbeidet mellom sykepleier, lege eller pårørende fører til tiltak som kan være med på å krenke sykehjemspasientens verdighet.

Nøkkelord: *Medbestemmelse, verdighet, ønsker, sykehjemspasienter, palliativ fase*

# Forord

*“En sykepleier kan ikke betrakte seg som ferdig utdannet om hun ikke har fordypet seg i meningen med lidelse, sykdom, ensomhet og død”*  
- Joyce Travelbee

# Innhold

Tabeller.....	vi
1. Innledning.....	7
1.1. Introduksjon av tema .....	7
1.2. Bakgrunn for valgt tema .....	7
1.3. Definisjon av problemstillingens sentrale begrep.....	8
1.4. Oppgavens kapitler.....	9
2. Metode .....	10
2.1. Litteraturstudie som metode .....	10
2.2. Søkehistorikk med søketabell.....	10
2.3. Valgt litteratur og kildekritikk.....	13
2.3.1. Inklusjons- og eksklusjonskriterier .....	13
2.3.2. Kvalitetssikring av forskningsartiklene .....	13
2.3.3. Artiklenes relevans for problemstillingen .....	14
3. Empiri .....	15
3.1 Artikkelmatrise .....	15
3.1. Sammenfattet empiri.....	19
3.1.1. Samtaler med pasienter og pårørende om ønsker i livets slutfase.....	20
3.1.2. Involvering av de pårørende .....	20
3.1.3. Utfordringer sykepleier kan møte når slutten nærmer seg .....	21
4. Teori .....	22
4.1. Begrep eller teori som beskriver pasientgruppens situasjon.....	22
4.1.1. Sykehjemspasienten og aldersforandringer .....	22
4.1.2. Begrepet verdighet .....	23
4.1.3. Pasientens rett til medbestemmelse .....	23
4.2. Begrep eller teori som belyser sykepleiefaget i oppgaven.....	24
4.2.1. Personorientert kommunikasjon.....	24
4.2.2. Yrkesetiske retningslinjer.....	24
4.2.3. Joyce Travelbees sykepleieteori .....	24
4.2.3.1. Kommunikasjon for å oppnå mellommenneskelige forhold.....	25
5. Diskusjon.....	26
5.1. Innledning.....	26
5.2. Bruk av forhåndssamtaler.....	26
5.3. Ivaretagelse av sykehjemsbeboeren .....	27
5.4. Pårørendes opplevelse av en verdig død .....	28

5.5. Kan forberedende samtaler om den palliative fasen bidra til å hindre krenkelse av verdigheten?.....	29
6. Konklusjon .....	31
Referanser.....	32

# Tabeller

Tabell 2.1 Søketablell .....	11
Tabell 3.1 Artikkelmatrise .....	15

# 1. Innledning

Først kommer en introduksjon av temaet for oppgaven, før jeg presenterer bakgrunnen for valget med presentasjon av problemstillingen og avgrensninger. Til slutt kommer en gjennomgang av hva de forskjellige kapitlene handler om.

## 1.1. Introduksjon av tema

Mange eldre vil med tiden bli mer og mer skrøpelige og kan trenge behov for mer hjelp og havner den siste tiden på sykehjem. I 2016 bodde omlag 15% av den norske befolkningen over 80 år på sykehjem, og samme år skjedde 50% på av alle dødsfall på sykehjem og 30% på sykehus (Hansen, 2018). At såpass mange dødsfall skjer på sykehjem er mer enn i andre land i Europa og USA (Gjerberg, Lillemoen, Førde, & Pedersen, 2015).

Sykepleiere som møter pasienter sitter på teoretisk kunnskap som vi benytter oss av i samhandling med pasienter som trenger vår hjelp. Pasienter har sine egne ønsker og behov, og for at vi som sykepleiere skal kunne yte en helsehjelp som er i samsvar med disse, trenger vi å respektere og bekrefte pasienter som unike mennesker. Sykepleie er alle de handlingene vi gjør; gjennom å vise interesse i samtaler, gjennom godt håndlag i stell, gjennom tilrettelegging og tilpasning til den enkelte pasienten. Funksjonene til sykepleiere kan ses som en integrert helhet, men likevel er det tid, sted og situasjon som vil avgjøre hvilket område av denne helheten som er i fokus (Kristoffersen, Nordtvedt, Skaug, & Grimsbø, 2016, s. 22-27).

## 1.2. Bakgrunn for valgt tema

Sykepleiere som jobber på sykehjem vil måtte forholde seg til at pasienter dør. Derfor mener jeg at det er viktig at man gjør seg opp noen tanker om hvordan man på best mulig måte kan forholde seg til denne siste fasen av livet til (som regel) eldre mennesker. Etter selv å ha jobbet mange år på sykehjem har jeg fått møte mange pasienter og deres pårørende. Jeg har jobbet mye med pasienter i terminal fase og har fått et innblikk i den palliative behandlingen som gis. Noe jeg også har opplevd er hvordan det kan oppstå misforståelser og konflikter når pårørende opplever at deres nære ikke har så lang tid igjen. Dette kan være i forhold til behandling, eller et ønske om sykehusinnleggelse for sine nære. Da jeg startet denne oppgaven hadde jeg et ønske om å kun fokusere på verdighet i livets slutfase, men etter å ha søkt gjennom forskningen på området og lest en del artikler, kom jeg fram til at det finnes mye som omhandler dette med ivaretagelse av pasient og pårørende gjennom inkludering og samtaler. Jeg hadde derfor lyst til å finne ut mer om hvordan man som sykepleier kan være med på at den siste tiden blir litt mer forutsigbar i form av at pasienten blir involvert, og dermed også kan slippe for mange etiske dilemmaer. Jeg har derfor kommet fram til følgende problemstilling:

Hvordan kan sykepleier bidra til å ivareta sykehjemspasientens verdighet og ønsker i den palliative fasen?

For å avgrense oppgaven har jeg valgt å fokusere på eldre sykehjemspasienter over 80 år. Blant de som bor på institusjon er de fleste over 67 år og vel 77% over 80 år (Hauge, 2014, s. 266). Jeg har ikke valgt å fokusere på kjønn, selv om omtrent 70% av sykehjemspasientene er kvinner (Thoresen, Pedersen, Lillemoen, Gjerberg, & Førde, 2019). Jeg har også valgt å ta med pårørende i oppgaven da mange pasienter på sykehjem har en demensdiagnose, og hvor da pårørende som kjenner pasienten kan bidra med å formidle pasientens ønsker. I tillegg vil en del av forskningen basere seg på pårørendes opplevelser etter at pasienten er død. Under definisjon av sentrale begrep har jeg derfor tatt med pårørende til tross for at jeg har valgt å unnlate de i selve problemstillingen. Dette har jeg gjort fordi de pårørende nevnes i både empirien og trekkes fram igjen i drøftinga. Jeg har også valgt å dele opp definisjonen av sykehjemspasient til sykehjem og pasient. Dette da jeg ikke har funnet noen eksakt definisjon på sykehjemspasient. Jeg går heller inn på det som karakteriserer sykehjemspasienten under teorien.

I tillegg er det noen områder jeg har valgt å fokusere på. Palliativ pleie omhandler mye – alt fra varsomhet i stellet, medisinerer av smerter og andre symptomer, ivaretagelse av åndelige og eksistensielle behov med mer. Jeg har valgt å trekke inn kommunikasjon, relasjon og pasientenes rett til medbestemmelse i denne oppgaven.

Jeg har valgt å bruke benevnelsen pasient og ikke bruker i oppgaven. Begrepet bruker kan sammenlignes med forbruker, noe som kan være uheldig i forhold til relasjonen til helsepersonell. Dette er fordi denne relasjonen ikke kan ses på som et kundeforhold (Tveiten, 2016, s. 23). Begrepet bruker vil likevel bli brukt i teorikapitlet der det brukes slik i kilder som lovverk og lignende. Andre begrep som brukes er den eldre og den gamle, men dette er få en variasjon i språket, samt at det gjerne brukes i pensumlitteratur. I tillegg vil det også brukes begrep som i livets siste fase og livets slutfase om slutten på den palliative fasen (det som også gjerne benevnes i pensumlitteratur med terminal fase).

### 1.3. Definisjon av problemstillingens sentrale begrep

Sykehjem: Bosted for mennesker som trenger mer hjelp enn hva en kan gi i hjemmet (Kristoffersen, 2016b, s. 212). "Sykehjem skal i tillegg til å være en pleieinstitusjon også være en verdig bolig i livets siste fase" (Garsjø, 2008, s. 160).

Pasient: Ordet har sin opprinnelse fra det latinske ordet *patientia* som betyr tålmodighet (Garsjø, 2008, s. 44). Et menneske får betegnelsen pasient når det trenger hjelp fra en sykepleier for å mestre problemer eller kriser (Kristoffersen, 2016a, s. 30).

Verdighet: Den verdien alle mennesker har i kraft av å være menneske. Ingen har større verdi enn noen andre og denne verdien er uten betingelser (Kristoffersen & Nordtvedt, 2016, s. 100).

Pårørende: En som står pasienten nær. Hvem dette er defineres av pasienten og trenger nødvendigvis ikke å være et familiemedlem (Skaug, 2016, s. 349).

Palliativ fase: Prosessen som starter når en innser at sykdommen er uhelbredelig og avsluttes når pasienten dør. Hos eldre uten en dødelig sykdom ser man gjerne på redusert funksjonsnivå. Det er vanskelig å beskrive varigheten av denne fasen, men betegnelser som forventet levetid kortere enn 9-12 måneder har blitt brukt. Likevel er ikke nødvendigvis pasienten døende i så lang tid (Grov, 2014, s. 523).



## 1.4. Oppgavens kapitler

I oppgavens kapittel 2 skriver jeg litt om litteraturstudie som metode. Deretter presenterer jeg min søkehistorikk i en søketabell, før jeg går nærmere inn på valgt litteratur og kildekritikk. I kapittel 3 kommer en nærmere gjennomgang av de artiklene jeg har valgt meg ut, med gjennomgang av det jeg mener er relevant grunnlag for å besvare problemstillingen. Først blir artiklene presentert i en tabell (artikkelmatrise) for en oversikt, før jeg deretter går nærmere inn på hva de viser. I kapittel 4 presenterer jeg teori som jeg mener er relevant. I kapittel 5 kommer diskusjon hvor jeg forsøker å svare på min problemstilling ut i fra det jeg har presentert under teori og empiri. Helt til slutt i kapittel 6 kommer en konklusjon.

## 2. Metode

Her går jeg nærmere inn på hva et litteraturstudie er, før jeg presenterer søkene mine i en søketabell. Til slutt går jeg igjennom de kildene jeg har funnet, det vil si vurderer troverdigheten og begrunner hvorfor de har blitt valgt.

### 2.1. Litteraturstudie som metode

Denne oppgaven baserer seg på en litteraturstudie. En litteraturstudie bygger på det som finnes av "eksisterende fagkunnskap, forskning og teori" (Dalland, 2017, s. 207). Det man ønsker å undersøke grundigere (ofte formulert gjennom en problemstilling), er hva som legger grunnlaget for hvilke data man leter etter (Dalland, 2017, s. 207). I et slikt studie setter man kunnskap fra skriftlige kilder i et system, det vil si at man samler inn litteratur, går kritisk igjennom den, for så å skrive en sammenfatning av det hele. Man ønsker å gi leseren et godt innblikk i det området problemstillingen handler om, samt gi en beskrivelse av veien mot denne kunnskapen (Thidemann, 2019, s. 77-78).

De som jobber med forskning benytter seg hovedsakelig av to metoder. Kvalitativ metode dreier seg om å få frem egenskapene eller karaktertrekkene ved et fenomen. I motsetning til kvantitativ metode som gir objektive data i målbare enheter, er resultatene i kvalitativ metode avhengig av en forsker som kan tolke de resultatene han får (Dalland, 2017, s. 52-53). I kvalitative forskningsintervju vil man forsøke å se intervjupersonenes måte å forstå verden på. Den som leder intervjuet vil da både registrere og tolke det som kommer fram i intervjuet, men også ta med måten ting sies på og registrere og tolke andre kroppslige uttrykk, mimikk og stemmebruk (Dalland, 2017, s. 67).

I denne oppgaven er det først og fremst brukt forskning basert på kvalitativ metode. Dette har jeg gjort da jeg har ønsket å få frem de subjektive meningene rundt hva som kan legges i en verdig avslutning på livet. Den ene artikkelen baserer seg imidlertid på kvantitativ forskning, men viser til i hvor stor grad tiltakene iverksettes, og kan derfor vise til statistikk.

### 2.2. Søkehistorikk med søketabell

Da jeg startet denne prosessen hadde jeg gjort meg ut noen tanker om hva jeg ønsket å finne ut av. Gjennom å sette opp ordene fra den det jeg opprinnelig tenkte å ha som problemstilling i et PICO-skjema, fant jeg noen nøkkelord jeg kunne søke på. Disse ordene var *sykepleie*, *palliativ pleie*, *sykehjem*, og *verdighet*. På engelsk oversatte jeg ordene til *nursing*, *palliative care*, *end of life care*, *nursing home*, og *dignity*. Jeg har i ettertid omformulert problemstillingen noe, og derfor er ord som sykehjem brukt i stedet for sykehjemspasient i søkene. I tillegg valgte jeg å gjøre noen søk med pårørende, da under det engelske begrepet *next of kin*. Det databasene jeg har benyttet er Cinahl, SweMed+ og PubMed.

Under presenteres en søketabell med oversikt over de søkene jeg har valgt å inkludere i denne oppgaven. I tillegg til disse har det blitt utført en rekke andre søk som ikke har gitt de ønskede resultatene. I tabellen er hvert søk listet opp med alle de del-søkene (betegnet som S1, S2, S3 og så videre) som ble gjort før jeg kom fram til et antall treff det var mulig

å få oversikt over. Jeg har forsøkt å holde meg på rundt 50 treff for søkene før jeg har gått inn og lest sammendrag eller "abstract" for å gjøre meg opp en mening om relevansen for min problemstilling.

**Tabell 2.1 Søketablell**

Data-base	Dato	Søk	Søkeord	Avgrensning	Antall treff	Valgte artikler
Cinahl	16.04.2020	S1.	( palliative care or end of life care or terminal care or dying ) AND nursing		26269	
		S2.	( palliative care or end of life care ) AND dignity in end of life care AND nursing AND clarification in communication		2698	
		S3.	( palliative care or end of life care ) AND dignity in end of life care AND nursing		5466	
		S4.	S3.	Published Date: 20100101-20201231 Source Types: Academic Journals Age: 65+ years Subject: Major Heading: palliative care	75	1(A)
SveMed+	18.04.2020	S1.	nursing AND palliative care		323	
		S2.	nursing AND palliative care AND nursing home		136	
		S3.	S2.	Språk norsk	57	1(B)
SveMed+	18.04.2020	S1.	Sykepleie AND palliativ pleie AND sykehjem		26	
		S2.	S1.	Artikkel	23	3(C, D & E)

PubMed	20.04.2020	S1.	(nursing home) AND (end of life)		2628	
		S2.	((nursing home) AND (end of life)) NOT (homecare)		2571	
		S3.	S2.	Siste 10 år Nursing journals	479	
		S4.	((nursing home) AND (next of kin)) AND (end of life) AND (dignity) NOT (homecare)	Siste 10 år Nursing journals	0	
		S5.	((nursing home) AND (next of kin)) AND (end of life) NOT (homecare)		26	2(F, G)

#### Inkluderte artikler:

- A. Brodtkorb, K., Skisland, A. V.-S., Slettebø, Å., & Skaar, R. (2017). Preserving dignity in end-of-life nursing home care: Some ethical challenges: *Nordic Journal of Nursing*. <https://doi.org/10.1177/2057158516674836>
- B. Svendsen, S. J., Landmark, B. Th., & Grov, E. K. (2017). Døende pasienter i sykehjem: Sykepleiere gjør «mer av alt» og er «alene om alt». *Sykepleien forskning*, 12. <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2017.63396>
- C. Hansen, M. I. T. (2018). Omsorg under press i sykehjemspasienters siste livsfase. *Geriatrisk sykepleie*, (2), 18–23. Hentet fra: <https://sykepleien.no/meninger/innspill/2018/09/omsorg-under-press-i-sykehjemspasienters-siste-livsfase>
- D. Johansen, H., Helgesen, A. K. (2017). Omsorg i livets siste fase. *Geriatrisk sykepleie*, (2), 26–33. Hentet fra: [https://sykepleien.no/sites/default/files/gs\\_2017\\_2.pdf](https://sykepleien.no/sites/default/files/gs_2017_2.pdf)
- E. Steindal, S., & Sørbye, L. (2010). Er sykehjemmet et verdig sted å dø? *Sykepleien Forskning*, 5(2), 138–145. <https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2010.0073>
- F. Gjerberg, E., Lillemoen, L., Førde, R., & Pedersen, R. (2015). End-of-life care communications and shared decision-making in Norwegian nursing homes—Experiences and perspectives of patients and relatives. *BMC Geriatrics*, 15(1), 103. <https://doi.org/10.1186/s12877-015-0096-y>
- G. Thoresen, L., Pedersen, R., Lillemoen, L., Gjerberg, E., & Førde, R. (2019). Advance care planning in Norwegian nursing homes – limited awareness of the residents’ preferences and values? A qualitative study. *BMC Geriatrics*, 19(1), 363. <https://doi.org/10.1186/s12877-019-1378-6>

## 2.3. Valgt litteratur og kildekritikk

Under kommer en oversikt over hva jeg har lagt vekt på når jeg valgte hvilke artikler jeg ville bruke. Jeg har skrevet litt om inklusjons- og eksklusjonskriterier, før jeg har gått igjennom hva jeg mener kvalitetssikrer akkurat disse artiklene.

### 2.3.1. Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriteriene jeg satte meg var at artiklene skulle være av nyere dato, det vil si helst fra de siste 5 årene. 6 av 7 artikler tilfredsstiller dette, mens den siste er 10 år gammel. I tillegg hadde jeg i utgangspunktet et ønske om å finne forskning på norsk. Grunnen for dette er at jeg ikke behersker engelsk like godt som norsk, og jeg ønsket ikke at mine fortolkninger og min språkforståelse skulle gjøre at jeg feiltolket resultatene fra studiene. Det var imidlertid vanskelig å kun finne gode artikler på norsk, og jeg har derfor benyttet meg av 3 engelske artikler i tillegg til de 4 norske.

Et annet inklusjonskriterium jeg satte meg selv var at jeg ville finne forskning som hovedsakelig omhandler situasjonen i Norge. Dersom jeg ikke fikk noen treff på dette, tillot jeg meg å se på forskning fra Norden (da helst Sverige eller Danmark) som jeg mener har tilnærmede like forhold i helsevesenet som vi har. Likevel har jeg endt opp med 7 artikler som oppfyller dette kriteriet.

Jeg ønsket ikke å inkludere artikler som ikke følger forskningsetiske retningslinjer.

Forskningsetikk handler ikke minst om å ivareta personvernet og sikre at de som deltar i forskning ikke blir påført skade eller unødvendige belastninger. Forskningens mål om å vinne ny kunnskap og innsikt må heller ikke skje på bekostning av enkeltpersoners integritet og velferd (Dalland, 2017, s. 236).

Alle de valgte artiklene nevner at de følger de forskningsetiske retningslinjene. Mange har også søkt godkjenning fra forskjellige komiteer/etater som jeg velger å ikke ramse opp her da det ville blitt en lang avhandling. De som ikke har søkt godkjenning har begrunnet dette med at deres studie var av en slik art at det var nok med skriftlig samtykke fra de som deltok, og at deltakelsen var frivillig.

### 2.3.2. Kvalitetssikring av forskningsartiklene

For å skille en fagartikkel fra en forskningsartikkel har jeg sett etter IMRaD-strukturen. Dette vil si at artiklene følger en struktur med kapitler som introduksjon, metode, resultat og diskusjon (Thidemann, 2019, s. 30).

Som kvalitetssikring har jeg prøvd å gå etter fagfelleurdert forskning, eller peer reviewed som det heter på engelsk. Ikke alle artiklene opplyser om dette, og da særlig ikke de skrevet på engelsk.

To av de engelske artiklene er publisert i *BMC Geriatrics* (BioMed Central). Dette gjelder Thoresen, Pedersen, Lillemoen, Gjerberg og Førde (2019) og Gjerberg, Lillemoen, Førde og Pedersen (2015). Forfatterne av disse artiklene jobber for senter for etikk i Norge, og har fått støtte fra helseministeren og forskningsrådet. Den tredje engelske artikkelen, Brodtkorb, Skisland, Slettebø og Skår (2017) er publisert i *Nordic Journal of Nursing Research*. De skriver på sine nettsider at de er et vitenskapelig tidsskrift som er internasjonalt

og fagfelleurdert, og som streber etter å publisere artikler av høy kvalitet («SAGE Journals», u.å.). Jeg har også søkt opp artiklene på NTNU Universitetsbiblioteket sin nettside til <https://www.oria.no>. Der kommer treffene på alle disse artiklene opp med et symbol hvor det står "Fagfelleurdert tidsskrift". I tillegg er den ene forfatteren av denne artikkelen, Brodtkorb, kjent for meg fra pensumbøker på sykepleierstudiet. Jeg har derfor gjort en vurdering på at disse artiklene antakelig er basert på seriøs forskning, selv om jeg kunne ha ønsket en bekreftelse eller avkreftelse på fagfellevurdering i selve artikkelen.

To norske artikler opplyser ikke om de er fagfelleurderte. Dette gjelder Johansen og Helgesen (2017) og Steindal og Sørbye (2010). Disse er publisert i henholdsvis *Sykepleien forskning* og *Geriatrisk sykepleie*. Begge er kjente tidsskrift og gis ut av Norsk sykepleieforbund. I søk på <https://www.oria.no> kom *Sykepleien forskning* opp som fagfelleurdert tidsskrift. Jeg har valgt å ta med disse på tross av at de ikke opplyser å være fagfelleurderte, men ser at dette kan være en svakhet med denne oppgaven. Jeg ønsket å fokusere på artikler på norsk, og jeg mener disse kan brukes for å belyse problemstillingen.

### 2.3.3. Artiklenes relevans for problemstillingen

Noe jeg kan se er en mangel ved disse artiklene er at mye av det samme går igjen. Jeg har hatt vanskeligheter med å finne artikler som kanskje viser noen andre sider av saken. På den annen side så kan det hende at det er hva disse artiklene viser som er fokusområdet på temaet rundt involvering av pasienter og hva som kan sies å være en verdig avslutning på livet.

## 3. Empiri

I dette kapittelet kommer først en artikkelmatrise som viser hensikten med studien, hvilken metode som har blitt benyttet, samt hovedfunnene som har blitt gjort. I tillegg står det i siste kolonne hvilken relevans jeg mener artiklene har for min oppgave. Til slutt i kapittelet går jeg nærmere inn på hovedfunnene i de forskjellige artiklene.

### 3.1 Artikkelmatrise

I tabellen under er artiklene jeg har valgt å ta med presenter i en artikkelmatrise.

**Tabell 3.1 Artikkelmatrise**

Referanse	Hensikt, problemstilling og forsknings-spørsmål	Metode	Resultat og diskusjon	Kommentar og relevans for problemstilling
A)	Undersøke hvordan helsepersonell er påvirket av og håndterer etiske utfordringer i palliativ pleie av pasienter på sykehjem når det kommer til å avklare behandlingsnivå.	Kvalitativ metode. Del av et større forskningsprosjekt. Kvalitativt og empirisk design inspirert av klinisk anvendt forskning. Vitenskapelige forskere og kliniske medforskere deltok i en hermeneutisk forskningsprosess.	Responsen viser fokus på palliativ pleie hvor pasientens slutfase skal være så komfortabel som mulig (ikke verken forlenge eller forkorte fasen). Begrepet verdighet ble nevnt flere ganger. Det kom også fram noen dilemmaer sånn som å finne ut hva som er rett å gjøre, legens begrensede rolle og tilgjengelighet, manglende før-samtaler og forberedelse av de døende og pårørende, næringsdrikker hos pasienter som nærmer seg slutten med mer.	Viser til usikkerheten knyttet til de avklarende samtalene. Ofte fikk sykepleier ansvar utover sin kompetanse da legen ikke nødvendigvis var med på samtalene. Legen mente at samtalene skulle ha et større medisinsk fokus. Det savnes mer organiserte samtaler.

Referanse	Hensikt, problemstilling og forsknings-spørsmål	Metode	Resultat og diskusjon	Kommentar og relevans for problemstilling
<b>B)</b>	Få en forståelse av hvordan sykepleiere opplever det å skulle gi optimal pleie, omsorg og behandling til sykehjemspasienter i livets slutfase.	Kvalitativ metode med deskriptivt og eksplorativt design. Fokusgruppeintervju av tolv sykepleiere fra tre kommuner som hadde 2-31 års erfaring, og hvor seks sykepleiere hadde videreutdanning.	Lav bemanning og medarbeidere med mangelfull kompetanse, samt at pleie og omsorg til døende pasienter er kompleks. Sykepleierne har mye ansvar. I tillegg til et ønske om å gi god pleie til den døende, kommer også ivaretagelse av pårørende.	Viser viktigheten av å involvere pårørende når det kommer til avklaringer og planlegging før pasienten er døende. Viser også til at sykepleiere ofte er alene når det skal tas vanskelige beslutninger.
<b>C)</b>	Studien tar for seg de utfordringene sykepleieren står overfor når det gjelder avslutning av livet for pasienter i sykehjem, samt hvilke muligheter og begrensninger arbeidshverdagen gir i møte med disse pasientene. Hensikten var å få bedre forståelse av sykepleiernes erfaringer med den siste tiden av pasientenes liv.	Fenomenologisk tilnærming med bruk av kvalitative individuelle intervju. Seks intervju med sykepleiere ved tre avdelinger ved to store og ett mindre sykehjem.	Fire hovedtema ble diskutert: Respekt for pasientens autonomi, helhetlig pårørendeomsorg, stort faglig ansvar under tidspress og ressursmangel, og økt arbeidserfaring gir trygghet for arbeidsutøvelsen.	Belyser områder det er viktig å fokusere på for å sikre pasientenes autonomi gjennom pasientenes og pårørendes involvering.
<b>D)</b>	Artikkelens hensikt er å se hvilke faglige og etiske vurderinger og utfordringer en kan møte hos pasienter som er i livets siste fase på sykehjem. Vurderingene var	Kvantitativ metode. Spørreundersøkelse med 88 ansatte på sykehjem. Beskrivende statistikk ble anvendt. Skjema med 6 innle-	Mer enn halvparten av de spurte rapporterer at det gjennomføres samtaler om pasientens eksistensielle/åndelige behov. Halvparten sier det er satt av	Viser til statistikk knyttet til hvor mange som gjennomfører samtaler med pasienten om åndelige og eksistensielle behov, samt hvor ofte pårørende invol-



Referanse	Hensikt, problemstilling og forsknings-spørsmål	Metode	Resultat og diskusjon	Kommentar og relevans for problemstilling
	knyttet til omsorg.	dende spørsmål, deretter 39 påstander.	tid til faglig refleksjon, og et flertall rapporter at de jobber aktivt med problemløsning for å oppnå god lindring. 41% mener det er vanskelig å vurdere om pasienter er døende. Flertallet rapporterer at palliative tiltak blir vurdert.	veres ved svekket evne til kommunikasjon hos pasienten, i tillegg til hvor ofte slike samtaler dokumenteres.
<b>E)</b>	Artikkelen vil ta opp hva som kan legges i det å få en verdig avslutning på livet i sykehjem. Mange pasienter flyttes til sykehus den siste tiden. Forskerne ønsket å drøfte hvilke faktorer pårørende mener er viktige for å gi en verdig død. Problemstillingene var: "Hvilke faktorer mener pårørende kan bidra til at deres nære overflyttes til sykehus i livets suste fase?" og "Hva skal til for at pårørende opplever sykehjemmet som et verdig sted å dø?"	Kvalitativ metode. Studien baserer seg på semistrukturerte intervjuer av nærmeste pårørende til pasienter som døde ved sykehus. To av spørsmålene fra intervjuene ble det gjort en deskriptiv innholdsanalyse av.	Spørsmålene ble besvart av pårørende etter 50 dødsfall. De delte erfaringer og holdninger til sykehjem. Tre hovedtema ble trukket fram: Forventninger og tillit til personalet, pårørende som den gamles advokat, og sykehuset som symbol på en verdig død.	Viser til hva det kan være viktig å fokusere på for å kunne tilby en verdig avslutning av livet på sykehjem. Dette er pårørende opplevelser, noe som går igjen i flere artikler. Siden undersøkelsen er gjennomført etter pasientenes død er det ikke mulig å trekke frem pasientenes egne opplevelser.
<b>F)</b>	Forskerne ønsket å undersøke hvor mye pårørende vet om deres næres ønsker for den siste tiden. I	Kvalitativ metode med et utforskende design. Baserer seg på in-	Resultatene presenteres i tre hovedkategorier hvor pasientens og på-	Viser til pasienters og pårørendes syn på hvor viktig deltakelse i forberedende

Referanse	Hensikt, problemstilling og forsknings-spørsmål	Metode	Resultat og diskusjon	Kommentar og relevans for problemstilling
	tillegg ville de undersøke om de ansatte på sykehjemmene hadde tatt en samtale sammen med pasient og/eller pårørende om de ønskene de måtte ha. Samtidig ønsket forskerne å undersøke hvor mye pasienter og deres slektninger ønsker å få av informasjon knyttet til pasientens helse og medisinsk behandling og omsorg.	dividuelle intervju av 35 sykehjemsbeboere fra 6 sykehjem, i tillegg til 7 fokusgruppeintervju av 33 slektninger.	rørendes betraktninger ble presentert separat. Få pasienter sa de hadde deltatt i forberedende samtaler og at de ikke hadde fått fortalt om deres ønsker. Noen ønsket samtaler, mens andre igjen ikke mente det var nødvendig. Blant pårørende var det også få som hadde deltatt i samtaler. Generelt ble det trukket fram at de fleste av både pasienter og pårørende følte seg informert. Det var varierende grad av ønske om å bestemme når det skulle tas avgjørelser knyttet til medisinsk behandling.	samtaler er, samt hvor mye de ønsker å involveres. Artikkelen trekker også frem viktigheten av å tilpasse seg den enkelte pasienten. Viser også til viktigheten av at helsepersonellet tar initiativ til disse samtalene.
<b>G)</b>	Undersøke de erfaringene sykepleiere og leger har med å bruke forhåndssamtaler på ordinære sykehjem. Denne undersøkelsen er den første i et større forskningsprosjekt som har som mål å forbedre ver-	Kvalitativ metode. Semi-strukturerte gruppeintervju. 8 sykehjemsavdelinger ble tatt med. Forskerne deltok på forhåndssamtaler mellom helsepersonell, pasient og pårørende.	Flere av helsepersonellet mente målet med forberedende samtaler var å skape en allianse med de pårørende for å hindre fremtidige konflikter. Når det kommer til pasien-	Viser utfordringer knyttet til forhåndssamtaler. Ved uklare svar fra pasienter vil ikke samtalene bidra til å ivareta pasientenes autonomi.

Referanse	Hensikt, problemstilling og forsknings-spørsmål	Metode	Resultat og diskusjon	Kommentar og relevans for problemstilling
	dighet og autonomi for sykehjemspasienter som lider av demens eller dødelig sykdom gjennom å innføre forhåndssamtaler.	Etter samtaler ble pasient og/eller pårørende intervjuet om deres opplevelse. I tillegg ble 20 helsepersonell (11 sykepleiere, 8 leger og 1 hjelpepleier) spurt om hva de følte var målet med samtalen, og om hvor deltagende pasienten hadde vært.	tenes deltakelse var ofte svarene de kom med uklare. Noen av pasientene vil også være for kognitivt svekket til å kunne delta i samtaler. Tolkning av kroppsspråk ble brukt for å kunne forstå hva pasientene mente. Pårørende kunne også komme med uklare svar. Det kom fram at det kan være vanskelig å snakke med pasienter og pårørende om livets slutt, og derfor får ikke alltid forhåndssamtaler sitt fulle utbytte. Det er mye usikkerhet knyttet til hva pasienten/pårørende ønsker. Samtaler med demente er utfordrende.	

### 3.1. Sammenfattet empiri

Her kommer en oversikt over hva forskningsartiklene viser. Jeg har valgt å dele det opp i underkapitler som jeg mener har relevans for problemstillingen. En gjenganger i forskningen er fokus på forberedende samtaler for å bedre kunne ivareta pasientens ønsker og verdighet, samt å involvere deres pårørende. Mange påpeker også viktigheten av at samtaler tas tidlig nok.

### 3.1.1. Samtaler med pasienter og pårørende om ønsker i livets slutfase

De siste årene har det blitt et økt fokus på å involvere pasienten når det kommer til avgjørelser vedrørende deres sykdomsforløp og eventuelle ønsker de måtte ha når døden nærmer seg. Etter at Samhandlingsreformen tredde i kraft har man lagt opp til at døende pasienter skal tas vare på av de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Dette gjør at man ser viktigheten av å avklare behandlingsintensitet og -nivå for de pasientene som nærmer seg livets slutt (Hansen, 2018). Forberedende samtaler gjør at en har et grunnlag å ta beslutninger på når det kommer til livets siste fase (Johansen & Helgesen, 2017). I Norge er det foreløpig få som bruker det som kalles forhåndssamtaler (på engelsk kalt *Advanced Care Planning* forkortet ACP) for å avklare dette (Thoresen et al., 2019). Rutinene for å ta disse samtalene varierer, og i en undersøkelse for å avdekke hvorvidt helsepersonell benytter seg av samtaler med pasienter og pårørende om deres eksistensielle og åndelige behov, svarer 60% av respondentene at dette brukes. I tillegg rapporterer 50% at de har rutiner når det kommer til dokumentasjon av disse (Johansen & Helgesen, 2017). Noen norske sykehjem har i tillegg innført en tiltaksplan for "Livets siste dager", basert på den engelske versjonen Liverpool Care Pathway (forkortet LCP). Denne har blitt kritisert for å ikke kunne involvere pasienter demens i stor nok grad (Hansen, 2018; Johansen & Helgesen, 2017).

Mange pasienter på sykehjem lider av en eller annen form for kognitiv svikt sånn som for eksempel demens. Dette kan gjøre det utfordrende å gjennomføre samtaler som skal kartlegge pasientens egne ønsker. Dette er årsaken til noe av kritikken ved bruk av slik kartlegging i følge Johansen og Helgesen (2017). Dette støttes også av Brodtkorb et al. (2017).

I de forberedende samtalene bør spørsmål om behandling og eventuelle sykehusinnleggelse tas opp. Forskningen viser likevel at det ikke alltid er enkelt for pasienten å ta stilling til slike spørsmål, og svarene pasientene og de pårørende gir kan være uklare (Thoresen et al., 2019). For at en slik samtale skal ha best mulig nytte bør den tas tidlig i forløpet og involvere både pasient, pårørende, lege og annet helsepersonell. Ofte kan slike samtaler være vanskelig å ta, og da særlig for uerfarne sykepleiere (Brodtkorb, Skisland, Slettebø, & Skaar, 2017).

I forskningsartikkelen til Gjerberg et al. (2015) har de valgt å undersøke hva pasienter og pårørende synes om å få ta del i planlegging av veien videre. Meningene om dette varierer, fra å ønske og delta, men la den endelige avgjørelsen være opp til helsepersonellet, til å ikke ønske å delta i det hele tatt, og til å ha stor påvirkning på hva som skal skje. Mange av de spurte pasientene følte de ikke hadde nok kunnskaper og ønsket råd fra sykepleierne. Samtidig uttrykte mange en tillit til helsepersonells evne til å ta avgjørelser basert på pasientens beste. Også pårørende ønsket å delta på avgjørelser når deres nære ikke lengre kunne samtykke selv, men ville ikke ta den "endelige" beslutningen (Gjerberg et al., 2015).

### 3.1.2. Involvering av de pårørende

Alle artiklene trekker inn pårørende som en viktig part forut for og i den palliative fasen. Det å avklare ting på forhånd gjennom samtaler hvor både pasientens og pårørendes ønsker kommer fram er ønskelig. Dette er likevel ikke alltid hovedfokuset. Forskningen til Thoresen et al. (2019) viser at noe av det viktigste med disse samtalene var å opprette en

allianse med pårørende. Respondentene viste til at det var ønskelig å få en avklaring angående fremtidig behandling for å unngå konflikter når dette spørsmålet ville komme opp senere. Denne prosessen mot gjensidig forståelse kunne ta noe tid. Pårørende trengte tid til å fordøye ting, og ble beskrevet som "klare" når de hadde fått samme syn som helsepersonellet. Noen pårørende hadde også vanskeligheter med å skjønne deres rolle, og kunne reagere med diskusjoner og sinne. I følge en lege fra undersøkelsen ble det beskrevet som: "This might lead to a difficult terminal phase; it can become a nightmare" (Thoresen et al., 2019).

Det er ikke alltid at pasientene selv kan svare på spørsmål. Kognitiv svikt og demens er en utfordring, og det er ikke alltid slike avklarende samtaler blir tatt tidlig nok. Ofte vil da de pårørende bli spurt. Dette kan være en belastning, og de kan bli usikre på hvorvidt de har bidratt til den rette beslutningen (Thoresen et al., 2019). Det er heller ikke sikkert at de pårørende vet hva deres kjære ville ønsket. Selv om noen kan være nært knyttet til sine foreldre, ektefelle eller den de er pårørende for, og derfor ha en viss anelse om deres ønsker, er ikke dette nødvendigvis noe som har blitt tatt opp (Gjerberg et al., 2015).

I undersøkelsene som har trukket inn pårørendes erfaringer er det noen ting som går igjen. Kvalitet og kompetanse på pleien, samt gode relasjoner og holdninger er noen av punktene. Samtidig hadde mange pårørende en oppfatning av at sykehuset hadde bedre kompetanse på symptomlindring og var et verdig sted å dø (Steindal & Sørbye, 2010). I forskningen til Svendsen, Landmark og Grov (2017) påpekes viktigheten av å være til stede hos den døende. Dette kan virke som en trygghet for de pårørende (Svendsen, Landmark, & Grov, 2017).

### 3.1.3. Utfordringer sykepleier kan møte når slutten nærmer seg

Det å skulle vurdere om en pasient er døende kan være utfordrende. Dette rapporterer 41% av respondentene (hvor leger er inkludert) i undersøkelsen til Johansen og Helgesen (2017). I tillegg rapporterer 30% at de opplever for mye ansvar når det kommer til å gjøre denne vurderingen (Johansen & Helgesen, 2017). Sykepleiere føler generelt at de havner mellom to stoler. De føler de har mye ansvar, men samtidig for lite formell "makt" til å gjøre det de mener er riktig. Dette kommer fram i forskningen til Brodtkorb et al. (2017), Hansen (2018), og Svendsen et al. (2017).

Sykehusinnleggelse skjer også med pasienter i den palliative fasen. Dersom en velger medisinsk behandling og sykehusinnleggelse bør man se på hvorvidt den forlengede levetiden en får ut i fra det, overstiger de ubehagelige bivirkningene en eventuell behandling vil gi. Det vil da kunne være etisk forsvarlig og heller fokusere på palliasjon dersom behandling medfører større ubehag enn nytte. I tillegg vil pasienten måtte forholde seg til nytt personale som kan føre til økt stress og en følelse av hjemløshet. Økt forvirring er også en risiko knyttet til pasienter med demens (Johansen & Helgesen, 2017). Ofte kan også pårørende være en pådriver for mer behandling (Steindal & Sørbye, 2010).

Tidspress og ressursmangel trekkes frem som noen av utfordringene i undersøkelsene til Hansen (2018). Ofte har sykepleierne et stort faglig ansvar, og det er ikke alltid legen er tilgjengelig. Det er heller ikke sikkert at man får tak i den legen som kjenner pasienten, noe som kan føre til unødvendige sykehusinnleggelse (Hansen, 2018).

## 4. Teori

Her vil jeg presentere teori som er relevant for min problemstilling. Først kommer et underkapittel om teori som beskriver pasientgruppen, begrepet verdighet og pasientens rett til medbestemmelse. Deretter kommer et kapittel som belyser sykepleiefaget med fokus på personorientert kommunikasjon, de yrkesetiske retningslinjene, og til slutt sykepleieteoretikeren Joyce Travelbee.

### 4.1. Begrep eller teori som beskriver pasientgruppens situasjon

#### 4.1.1. Sykehjemspasienten og aldersforandringer

Siden de første sykehjemmene ble opprettet på 1950-tallet har det vært en stadig endring i den institusjonelle eldreomsorgen. I dag bor flere eldre hjemme lenger, og den gjennomsnittlige alderen på de som får sykehjemsplass var i 2011 på 84,1 år. Kjentegnet ved sykehjemspasientene er at de er multisyke, har sterkt redusert funksjonsevne og 80% har en form for demens (Hauge, 2014, s. 266).

Aldersforandringer rammer mange gamle over 75-80 år. Disse kommer av at eldre har redusert organkapasitet og svekket homøostase. Dette gjør de eldre mer utsatt for å få infeksjoner, og i tillegg vil de kunne takle denne dårligere. I tillegg til at det lettere kan oppstå sykdom, vil sykdomsutviklingen skje raskere og kunne bli alvorlig. Symptomene kan også bli diffuse og vanskelige å skille fra den generelle svekkelsen, og de eldre med nedsatt kognitiv funksjon kan ha vanskeligheter med å formidle disse symptomene (Ranhoff, 2014, s. 79-80).

Nedsatt syn og hørsel er vanlig hos eldre mennesker. Hørselen svekkes ved at sanseceller i sneglehuset forsvinner og hindrer registrering av trykkbølgene som omdannes til nerve-signaler og registreres som lyd. Den aldersbetingede endringen rammer gjerne de høye tonene slik at bass og mørke stemmer fortsatt kan høres som normalt, mens høyfrekvente lyder kan forsvinne. Enkelte bokstaver og lyder kan være vanskelige å skille for den gamle slik som s og f. Hørselstap vil gjøre det vanskeligere for den gamle å delta i samtaler og få med seg det som blir sagt (Pihl, 2014, s. 286-288).

Svekkelse av synet kommer av linsens økende uklarhet og reduserte evne til akkomodasjon. Uklarheten øker behovet for lys. Akkomodasjon betyr evnen linsen har til å krumme seg og dermed tilpasse seg avstanden til det vi ser på. Dette er viktig for å skape et skarpt bilde på netthinnen, og når denne evnen reduseres kan det bli behov for briller for å korrigere synet (Pihl, 2014, s. 294).

Også i hjernen skjer det forandringer ved økende alder. Mange av de mentale prosessene som foregår går tregere i en gammel hjerne, men selve prosessene forsvinner ikke. Likevel vil selv de friske eldre ha en redusert korttidshukommelse. Noe av årsaken til dette kan være redusert mengde acetylkolin i hippocampus (Wyller, 2014, s. 651-652) De biologiske endringene som skjer med hjernen vil i tillegg til redusert hukommelse gi en gradvis reduksjon av evnen til læring, lesehastighet og til å oppfatte og forstå nye stimuli. Likevel er ingen mennesker like, så hvor mye disse biologiske endringene som skjer vil påvirke dette,

vil variere. Mange eldre kan også selv ha en oppfatning av at de har dårligere mentale evner på grunn av egne eller andres forventninger. Dette kan påvirke hvor mye den eldre søker stimuli og utfordringer (Håkonsen, 2014, s. 62).

Kognitiv svikt er en mental svikt som påvirker tankeprosessen. Svikten kan være medfødt, komme som konsekvens av sykdom, eller oppstå på grunn av endringer forårsaket av økende alder. Forbigående akutt svikt, delirium, kan også oppstå i forbindelse med sykdom, uvante omgivelser eller andre store endringer (Skovdahl & Berentsen, 2014, s. 408-409). En sier gjerne at den eldre har en mild kognitiv svikt dersom svikten er mer uttalt enn de vanlige endringene en ser ved økende alder. Det kan være flere årsaker til at den oppstår, som blant depresjon, medikamentbruk, sykdom, stress eller hjerneskade. Mild kognitiv svikt kan også være en forløper til demens. Demens er et fellesbegrep på flere progredierende sykdommer som berører flere av hjernens mekanismer (Skovdahl & Berentsen, 2014, s. 409-411).

#### 4.1.2. Begrepet verdighet

Her kommer en litt mer utfyllende definisjon av begrepet verdighet. Det finnes flere måter å definere begrepet på. I Kristoffersen og Nordtvedt (2016) blir det forklart at verdighet kan forstås på to måter:

1. Dels kan verdighet forstås som en *indre, objektiv og absolutt verdighet* som tillegges det enkelte menneske i kraft av å være menneske, uavhengig av utseende, funksjon eller ytelse. Menneskeverdet er betingelsesløst og absolutt, og intet gjør én person mer verdifull enn en annen. Til denne absolutte verdigheten hører de etiske verdiene autonomi, likeverd, respekt m.m.
2. Verdighet kan også forstås som en *relativ og subjektiv opplevelse*. Slik sett er ethvert menneske utsatt for å oppleve at dets verdighet blir ivaretatt eller krenket, avhengig av andre menneskers handlinger og væremåte. Særlig er mennesker som befinner seg i situasjoner der de er sårbare og hjelpetrengende, utsatt for å oppleve omsorgen som verdig eller som krenkende (Kristoffersen & Nordtvedt, 2016, s. 100)

Begrepet verdighet er i følge Holm og Husebø (2015) beskrevet slik: "Alle har fra fødsel til død sin iboende verdighet, som ingen kan ta fra dem. De har sitt liv, rikt eller fattig. De har sin livshistorie og sine verdier, alt de bærer med seg. De har sitt livsprosjekt, den tiden de ennå har fremfor seg" (Holm & Husebø, 2015, s. 18).

#### 4.1.3. Pasientens rett til medbestemmelse

I Norge har vi lovverk som skal sikre pasienter og brukere av norske helsetjenester. Pasient- og brukerrettighetsloven har som hensikt at vi alle skal være sikret en "lik tilgang på helsetjenester av god kvalitet", og bestemmelsene "skal bidra til å fremme tillitsforholdet mellom pasient og bruker og helse- og omsorgstjenesten, fremme sosial trygghet og ivareta respekten for den enkelte pasients og brukers liv, integritet og menneskeverd" (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999).

I lovens kapittel 3 står det også spesifisert at pasienten eller brukeren skal ha rett til å medvirke til hvordan helse- og omsorgstjenestene skal gjennomføres. For å kunne medvirke til dette må pasienten ha fått tilstrekkelig informasjon til å forstå hva som finnes av tilbud, og hva eventuell behandling innebærer. I tillegg må denne informasjonen gis på en måte som gjør at pasienten forstår og kan motta informasjonen som gis. Samtidig kan

pasienten velge å ikke motta informasjon dersom det ikke er nødvendig for å hindre skadevirkninger. For pasienter som mangler samtykkekompetanse har nærmeste pårørende rett til å medvirke, men da sammen med pasienten. "Brukere skal ha den informasjon som er nødvendig for å få tilstrekkelig innsikt i tjenestetilbudet og for å kunne ivareta sine rettigheter" (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999).

## 4.2. Begrep eller teori som belyser sykepleiefaget i oppgaven

### 4.2.1. Personorientert kommunikasjon

Ordet kommunikasjon stammer fra det latinske ordet *communicare* som betyr "å gjøre noe felles, delaktiggjøre en annen i, ha forbindelse med" (Eide & Eide, 2017, s. 17). Når to eller flere mennesker kommuniserer utveksles det verbale og nonverbale signaler og tegn. Det verbale er det en sier gjennom ord, mens det nonverbale er alt det en viser gjennom stemmebruk, kroppsholdning, ansiktsuttrykk, pust og bevegelse (Eide & Eide, 2017, s. 21-22).

Som sykepleier benytter en seg av en profesjonell kommunikasjon. En god profesjonell kommunikasjon handler om å være personorientert – en må ikke se den andre kun som en bruker eller pasient, men heller som et helt menneske som har sine egne ønsker, mål, ressurser og muligheter, og egne verdier og prioriteringer. For å lykkes med personorientert kommunikasjon er det viktig å være oppmerksomt til stede i samtalen. I dette ligger viktigheten av å lytte til hva den andre sier og være oppmerksom på de nonverbale tegnene hos den andre (Eide & Eide, 2017, s. 16-17).

### 4.2.2. Yrkesetiske retningslinjer

Yrkesetiske retningslinjer skal være ledende for hvordan sykepleiere skal utøve den rollen de har i samfunnet. "Grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet. Sykepleie skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene" («Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere», u.å.). I tillegg så står det under sykepleieres rolle at "Sykepleieren fremmer pasientens mulighet til å ta selvstendige avgjørelser ved å gi tilstrekkelig, tilpasset informasjon og forsikre seg om at informasjonen er forstått.", og videre at "Sykepleieren respekterer pasientens rett til selv å foreta valg, herunder å frasi seg sin selvbestemmelse". I tillegg så legges det vekt på de pårørende gjennom at "Sykepleieren viser respekt, omtanke og inkluderer pårørende" («Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere», u.å.).

### 4.2.3. Joyce Travelbees sykepleieteori

Joyce Travelbee innleder sin bok *Mellommenneskelige forhold i sykepleie* med å definere hva sykepleie er. Hun skriver som følger: "Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktikeren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse og om nødvendig finne mening i disse erfaringene" (Travelbee, 2001, s. 29). I tillegg er hun opptatt av å skape et menneske-til-menneske-forhold. Dette går ut på at både den syke (altså det hun ikke velger å kalle pasient) og sykepleieren "oppfatter og forholder seg til hverandre som unike menneskelige individer" (Travelbee, 2001, s. 171). Og dette med menneske mener Travelbee



er viktig. Hun definerer menneske som "et unikt og uerstattelig individ – en engangsforeteelse i denne verden, lik og samtidig ulik alle andre mennesker som noen gang har levd eller vil komme til å leve" (Travelbee, 2001, s. 54)

#### **4.2.3.1. Kommunikasjon for å oppnå mellommenneskelige forhold**

Kommunikasjon er noe som preger ethvert møte mellom sykepleieren og den syke, både når det snakkes, og når det er stille. Denne kommunikasjonen skjer både bevisst og ubevisst, og kommer frem gjennom både sykepleiers og den sykes sine ansiktsuttrykk, gester, manerer, holdninger eller utseende. "All interaksjon med den syke gir sykepleieren en anledning til å bli kjent med ham som menneske og til å bestemme og ivareta hans behov, og dermed til å etablere et menneske-til-menneske-forhold og oppnå sykepleiers mål og hensikt" (Travelbee, 2001, s. 135). Dette gjør sykepleieren ved å lede, planlegge og tilrettelegge interaksjonen mellom seg og den hun pleier på en sånn måte at en kan oppnå sykepleiers mål og hensikt. I tillegg må sykepleieren kunne forstå det som blir kommunisert, for så å kunne bruke dette i planleggingen av sykepleieintervensjoner (Travelbee, 2001, s. 135).

Dette med kommunikasjon er både en handling og en prosess. Det er en handling gjennom at en deler både tanker og følelser med hverandre, og en prosess gjennom at sykepleieren benytter kommunikasjon for å søke og gi informasjon, samt den måten den syke og de pårørende søker hjelp. I tillegg vil en vise omsorg gjennom non-verbal kommunikasjon, sånn som gjennom blick eller måten oppgaver utføres på. Og dette non-verbale som kommuniseres kan slå begge veier. Dersom måten en kommuniserer på viser en interesseløshet, vil det ikke nytte hva man måtte uttrykke gjennom sine ord (Travelbee, 2001, s. 137). For at en sykepleier skal kunne bli kjent med den syke, må hun gå bort i fra begrepet pasient, og heller se på dette mennesket som et individ på lik linje som seg selv. Hun må kunne se hva det andre mennesket ønsker, og ikke sette sine egne ønsker og behov først. Gjennom å bli kjent med den syke vil sykepleieren kunne oppdage de subtile forandringene i tilstanden, og ikke bare det som er innlysende. Hun vil også kunne tillegge seg en fornemmelse om når kommunikasjon bør finne sted, og når det er bedre å være stille (Travelbee, 2001, s. 140-141).

## 5. Diskusjon

### 5.1. Innledning

I dette kapitlet vil jeg vende tilbake til problemstillingen "Hvordan kan sykepleier bidra til å ivareta sykehjemspasientens verdighet og ønsker i den palliative fasen?". Jeg vil ved hjelp av teorien og empirien forsøke å trekke ut noen hovedpunkter som kan være med på å besvare problemstillingen. Jeg har valgt å dele opp drøftingen i forskjellige underkapitler som tar for seg noe av det jeg tenker kan være relevant for å forsøke og kunne trekke en konklusjon.

### 5.2. Bruk av forhåndssamtaler

Som det vektlegges i både Pasient- og brukerrettighetsloven og i de Yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere, så skal pasientens ønsker være ledende for hva som skal skje mens pasienten mottar et tilbud fra helsevesenet. For å kunne ta avgjørelser må pasienten få informasjon, og denne må være gitt på en slik måte at pasienten kan forstå hva valgene innebærer (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999; «Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere», u.å.). I fem av de brukte forskningsartiklene trekkes dette med involvering av pasienten inn som et sentralt punkt, hvor en gjennom kommunikasjon og forhåndssamtaler kan bidra til å skape en verdig avslutning på livet for sykehjemspasienter (Brodtkorb et al., 2017; Gjerberg et al., 2015; Hansen, 2018; Johansen & Helgesen, 2017; Thoresen et al., 2019).

Slike forhåndssamtaler, som på engelsk kalles Advanced Care Planning (forkortet ACP), involverer gjerne både pasient og pårørende. Mye av hensikten med disse samtalene er å kartlegge pasientens egne ønsker og behov for videre behandling knyttet til helseproblemer som kan oppstå. Under dette lå også avklaring og sykehusinnleggelse og hjerte- og lungeredning (Brodtkorb et al., 2017). Svendsen et al. (2017) trekker inn viktigheten av at en må legge en plan for den palliative fasen før pasienten er døende, og at pårørende var en del av denne prosessen (Svendsen et al., 2017). Studien til Johansen og Helgesen (2017) påpeker at ved tidlig kartlegging og ved å jevnlig samtaler med pasient og eventuelt de pårørende, så kan en være mer forberedt når pasienten nærmer seg slutten (Johansen & Helgesen, 2017).

I Norge har det blitt gjort forsøk med å innføre et standardisert opplegg for den palliative fasen på sykehjem. Et av disse er tiltaksplanen "Livets siste dager – plan for lindring i livets slutfase" som baserer seg på den engelske versjonen kalt Liverpool Care Pathway (forkortet LCP) (Hansen, 2018; Johansen & Helgesen, 2017). Dette er en tiltaksplan som har som mål å kvalitetssikre omsorgen til pasienter i livets slutfase. Denne planen skal på den annen side ikke iverksettes dersom pasienten ikke har fått diagnosen døende. Innføring av en slik plan har vært diskutert, da den kan ha en tendens til å overforenkle det palliative forløpet, og samtidig ikke er like lett å bruke overfor pasienter med demens. Demens kan føre til en redusert evne til kommunikasjon, noe som kan gjøre kartlegging av pasientens ønsker vanskelig og derfor gjør at de ikke blir involvert i de forberedende samtalene (Jo-

hansen & Helgesen, 2017). "Det synes rimelig å stille spørsmål om pasientene [med demens] får bedre omsorg og behandling uten en tiltaksplan for livets siste dager og timer" (Johansen & Helgesen, 2017).

### 5.3. Ivaretagelse av sykehjemsbeboeren

I denne oppgaven har jeg brukt teorien til Travelbee (2001) som sykepleieteori. Grunnen til dette er blant annet at Travelbee fokuserer på dette med at vi alle er mennesker. Hun ser ikke på pasienten som en som er underlegen sykepleieren, men som et menneske som har de samme verdiene som alle andre. Travelbee er opptatt av at man skal skape denne menneske-til-menneske-relasjonen. Og selv om boken hennes *Essence of nursing* (som den opprinnelig het) kom ut for første gang i 1966, så mener jeg hennes teorier også er gjeldende i dag (Travelbee, 2001).

Under samtaler med pasienten er god kommunikasjon noe som står sentralt. Viktigheten av god kommunikasjon for å skape en relasjon til pasienten er blant annet noe av det som tas opp i boken til Eide og Eide (2017). I tillegg bør man ta hensyn til at den en snakker med er gammel og at aldersendringene gjør at tankeprosessene fungerer litt tregere, eller at hørselen er dårlig og synet svekket (Pihl, 2014; Wyller, 2014). Mange pasienter kan sitte med bekymringer for hvordan livets avslutning vil bli, og kan komme med direkte eller indirekte spørsmål som omhandler døden og livets slutt (Eide & Eide, 2017, s. 336). Ellers som Travelbee (2001) trekker frem i sin bok når hun skriver om menneskers bekymringer: "Å være syk er å bekymre seg for ektefelle eller andre familiemedlemmer, og uroe seg for hva som vil skje med dem hvis sykdommen skulle forverre seg og en blir invalid og til byrde for dem, eller hvis en dør" og videre skriver hun at "Det er å være redd for døden og for den lange og ensomme dødsprosessen. Det er å innse fullt ut at en kan dø, og at døden ikke bare er noe som skjer med alle andre. Det er også å gruble over hva som venter etter døden", men også på den annen side at "Å være syk er også ikke å frykte døden – å hilse den velkommen som en venn og se fram mot den erfaringen som fullbyrder livet" (Travelbee, 2001, s. 128-130).

Om en som sykepleier lar være å respondere på disse tankene og bekymringene som den gamle sitter med, kan dette gjøre situasjonen vanskeligere og etterlate den andre i isolasjon og ensomhet. Noen oppskrift på hvordan man best kan ta disse samtalerne finnes imidlertid ikke, bortsett fra å være åpent, lyttende og aksepterende til stede slik den andre ønsker det. Sagt med andre ord bør man selv kunne være komfortabel med og positiv til å snakke med noen som nærmer seg livets slutt på en personlig måte og om det pasienten er opptatt av (Eide & Eide, 2017, s. 336). Eller som det også så fint påpekes: "Mot slutten handler god kommunikasjon og omsorg om å bidra til å fullføre et liv" (Eide & Eide, 2017, s. 309).

Gjennom samtaler kan sykepleieren lære den gamle å kjenne, og gjennom denne relasjonen som da oppstår vil sykepleieren kunne gi den gamle en pleie og omsorg som er i tråd med den gamles ønsker. Dette påpekes blant annet av Travelbee (2001) som la kommunikasjon som grunnlag for alle de handlinger vi som sykepleiere skulle utføre. Og nettopp dette med handlinger er noe som preger hverdagen til sykepleiere. Vi gjennomfører stell, deler ut medikamenter, bidrar til riktig ernæring og væskeinntak blant annet. Likevel handler ikke sykepleie kun om disse praktiske handlingene. Alle har vi i tillegg andre behov som går på det sosiale, eksistensielle og åndelige. Som Kristoffersen, Nordtvedt, Skaug og

Grimsbø (2016) påpeker så kan sykepleien betraktes som en integrert helhet (Kristoffersen et al., 2016, s. 22-27).

Jeg tror at gjennom å tenke litt som Travelbee og skape en god relasjon fra tidlig av, så kan dette legge grunnlaget for å få tak i sykehjemspasientens ønsker og behov som går utover kun det som hører "alle" til. Det å se mennesker som forskjellige, og ikke kun under betegnelsen pasient med en diagnose som skal behandles. Eller føle at man som sykepleier ikke har fått gjort jobben sin før pasienten har både vært igjennom stell, måltider, medisiner, toalettbesøk med mer. Med dette tenker jeg på å avdekke de virkelige ønskene. Kanskje hadde den gamle ønsket å komme hjem den siste tiden? Kanskje er andre ting pasienten føler ikke har blitt fullført før nå livet går mot slutten? Jeg tenker at dette med hva pasienten vil, og det å respektere dette, kan være med på å hindre krenkelse av verdigheten. For som en eldre pasient påpekte til meg nesten daglig ved spørsmål om det ikke var på tide å stå opp snart: "Nå er jeg gammel nok til å bestemme selv! Og er det en tid i livet man kan sove, så er det på sykehjemmet."

#### 5.4. Pårørendes opplevelse av en verdig død

I de Yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere står det at "Sykepleieren viser respekt, omtanke og inkluderer pårørende" («Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere», u.å.). Pårørende og deres rolle trekkes også frem i flere av forskningsartiklene. I Svendsen et al. (2017) står det blant annet at "Sykepleierne omtalte ofte pasient og pårørende under ett, noe som understreker at sykepleierne ser hvor viktig det er å inkludere pårørende i avklaringer og planlegging før pasienten er døende" (Svendsen et al., 2017). Om man da trekker linjen tilbake til det dette med forberedende samtaler, og de utfordringer det kan være i forhold til de demente, så kan man se viktigheten av at pårørende blir involvert. Samtidig så tenker jeg at pårørendes opplevelser være nyttig for å forstå hva sykepleiere bør fokusere på i den palliative fasen for å kunne gi best mulig omsorg og ivareta den gamles verdighet.

Artikkelen til Steindal og Sørbye (2010) har fokusert på hva de pårørende føler er viktig for at deres nære skal få en verdig avslutning på livet på sykehjem. Mange pårørende kan ha gjort seg opp tanker om hva som vil skje med deres kjære. Som det nevnes i neste underkapittel, så kan noen pårørende ha en oppfatning om at sykehuset er det stedet som kan tilby en verdig død. Så hva kan da sykehjemmene bli bedre på? Noe av det som nevnes er blant annet dette med kompetanse. Det er vel ingen hemmelighet at det kan være varierende grad av sykepleiedekning rundt om på norske sykehjem. De pårørende i undersøkelsen til Steindal og Sørbye (2010) fortalte om at det ofte ble brukt ufaglærte, og at dette kunne føre til at de eldres behov ikke ble ivaretatt. Samtidig ble det trukket frem ønsker om kommunikasjon mellom ansatte og pårørende, men at utfordringer knyttet til språkkunnskaper kunne være et hinder for dette. (Steindal & Sørbye, 2010).

En annen ting som pårørende hadde satt pris på ved sykehjemmene var de sykepleierne som klarte å gi det lille ekstra. I dette lå en god relasjon mellom sykepleieren og den eldre, noe som kunne bidra til å skape en tillit til de pårørende (Steindal & Sørbye, 2010). Når de pårørende opplevde at den eldre ble godt ivaretatt, kan det hende at de følte at sykehjemmet ivaretok den eldres verdighet.

Samtidig så kommer dette med ivaretagelse av de pårørende. Artikkelen til Steindal og Sørbye viser til en del negative opplevelser med sykehjemmet i den palliative fasen. Det som ble trukket frem var at sykehjemmet hadde forbedringspotensialer når det kommer til tilpasset informasjon. Noen av respondentene i undersøkelsen hadde følt seg dårlig forberedt på at døden nærmet seg, og denne mangelen på kunnskap kunne føre til angst (Steindal & Sørbye, 2010). Hansen (2018) belyser noe av det samme. Der blir dette med informasjon, trøst og medbestemmelse trukket fram som viktige områder for å ivareta de pårørende. Det å skulle miste noen av sine nære kan oppleves vanskelig. Noen av tiltakene respondentene i denne artikkelen trakk frem var at de pårørende hadde fått utdelt en brosjyre som forklarte litt hva de kunne forvente når livet til deres nære går mot slutten (Hansen, 2018).

## 5.5. Kan forberedende samtaler om den palliative fasen bidra til å hindre krenkelse av verdigheten?

Under definisjonen av verdighet i teorikapittelet står det skrevet om to måter å beskrive verdighet som. Den ene, den objektive formen, er slik den er uansett og baserer seg på det enkle faktum av at vi er mennesker. Den blir vi født med, og den vil vi ha uansett. Den andre formen for verdighet, den subjektive, kan imidlertid krenkes (Kristoffersen & Nordtvedt, 2016). En kan jo særlig tenke seg utfordringer knyttet til å skulle bevare verdigheten hos sykehjemspasientene. Mange av disse pasientene har flere plager på grunn av flere kroniske sykdommer, og 80% av dem har en form for demens (Hauge, 2014). Som det påpekes i boken til Holm og Husebø (2015), kan det være ekstra utfordrende å unngå å krenke verdigheten til den eldre med demens. Mange demente vil etterhvert miste evnen til å ivareta sin autonomi og bli avhengige av at sykepleiere klarer å ta de valgene for dem som ville ha vært i tråd med de tiltakene de selv hadde villet ønske (Holm & Husebø, 2015, s. 18-19).

Flere av forskningsartiklene trekker frem etiske dilemma knyttet til dette med den palliative fasen. Et av de som nevnes oftest i artiklene, er spørsmål knyttet til sykehusinnleggelse. Vurdering av en eventuell innleggelse kan oppleves vanskelig, både for den eldre, de pårørende og helsepersonellet. Ting som kan tale i mot en sykehusinnleggelse kan være at den gamle har fått betegnelsen døende. Men som Johansen og Helgesen (2017) påpeker kan denne avgjørelsen være vanskelig å ta for legen som tilser pasienten. I tillegg kommer dette med kjennskap til pasienten. Sykehjem har gjerne en tilsynslege, men det varierer hvor stor stilling denne har (Thoresen et al., 2019). For at man skal få til et helhetlig godt tilbud til pasientene er man avhengig av et tett og nært samarbeid mellom sykepleier og lege. På sykehjem har ikke sykepleieren nødvendigvis en lege i umiddelbar nærhet, og man vil derfor ofte kunne ende opp alene med ansvaret for pasientene. Dette påpekes godt i forskningen til Svendsen et al. (2017) hvor de skriver at det gjerne er 130 pasienter per legeårsverk på sykehjem i motsetning til 1,3 pasienter på sykehus. En lege som kun er innom avdelingen på ukentlige visitter kan ikke nødvendigvis få med seg alt. Som sykepleier kan man stå i situasjoner der en må få tak i for eksempel legevakt for å få avklart behandling, smertelindring, innleggelse eller andre tiltak. Da er det ikke nødvendigvis en lege som kjenner pasienten fra før. I slike tilfeller kunne dokumentasjon fra en forberedende samtale om pasientens ønsker vært med som en del av det som må vurderes når beslutninger skal tas (Johansen & Helgesen, 2017).

Mange eldre lider allerede av flere forskjellige underliggende sykdommer og har et kompleks sykdomsbilde (Ranhoff, 2014, s. 85). Når det da i tillegg er slik at den eldre pasienten

er lettere utsatt for å få kroniske og akutte sykdommer, vil det kunne føre til at den eldre utvikler sykdomstilstander som må behandles (Ranhoff, 2014). I slike tilfeller er det også viktig at pasientene omgis av helsepersonell som kan fange opp disse endringene. Særlig kan det tenkes at demente kan ha en utfordring når det kommer til å gi uttrykk for plager. Forskningen til Brodtkorb et al. (2017) viser at sykepleier gjerne tar en mer offensiv rolle når det kommer til demente. De ønsker da å tale pasientens sak, og ser da på seg selv som sterke advokater (Brodtkorb et al., 2017). Samtidig kan det, som det påpekes i Steindal og Sørbye (2010), være de pårørende som tar på seg rollen som advokat, og dermed bidrar til sykehusinnleggelse.

Som ved all behandling skal pasientens ønsker bli hørt (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Samtidig kan det jo også tenkes at en noen ganger kan være usikker på hvorvidt pasienten er i stand til å forstå en eventuell konsekvens av både å motsette seg behandling og å ta i mot behandling. I disse tilfellene kommer gjerne pårørende inn og får spørsmål om hva de ønsker. Mange pårørende opplever derimot dette som belastende, og kan føle de tar feil valg. Andre igjen ønsker å bli involvert i prosessen på et tidlig stadium. Når det kommer til at pårørende skal være med på å ta slike valg, kommer man samtidig inn på spørsmålet om de vet hva deres nære hadde ønsket (Gjerberg et al., 2015). Som det også kom fram i samme artikkel så kan enkelte eldre ha skrevet et slags livstestament for hva de ønsker. Likevel kunne pårørende sitte igjen med en usikkerhet om det som stod der fortsatt var gjeldende, da den eldre kunne være unnvikende til å snakke om temaet (Gjerberg et al., 2015).

I forskningen til Steindal og Sørbye (2010) kommer det fram at enkelte pårørende kan ha en oppfatning om at sykehuset har et bedre tilbud til pasienter i palliativ fase, og dermed vil kunne bidra med mer verdighet. Det nevnes i samme artikkel at pårørende hadde satt pris på den forlengede levetiden behandlingen på sykehus hadde gitt (Steindal & Sørbye, 2010). Samtidig påpeker Johansen og Helgesen (2017) viktigheten av å veie fordeler opp mot ulemper når det kommer til hvorvidt behandlingen vil gi pasienten mer enn den krever. For som Steindal og Sørbye (2010) skriver, så kan tilstrekkelig med ressurser og god kompetanse gjøre det mulig å behandle flere sykdommer på sykehjemmet. Dette vil kunne være med på å gi den gamle ro og kontinuitet blant kjent personale (Steindal & Sørbye, 2010).

Nå skal imidlertid ikke denne delen av oppgaven trekke noen konklusjon om hvorvidt det ene eller det andre vil være riktig. Likevel tror jeg at det kan finnes tiltak som kan gjøre slike avgjørelser mer begrunnet. Gjennom individuelt tilpasset informasjon, samtaler og involvering, og hensyn til pasientens ønsker (eller hva man hadde kunnet anta var pasientens ønsker dersom tilstanden er av en slik art at den gamle selv ikke kan uttale seg), så ville man kanskje kunne unngå at det oppstår situasjoner hvor man potensielt kan ende opp med å krenke pasientens verdighet.

## 6. Konklusjon

Det å skulle ivareta sykehjemspasientens ønsker i den palliative fasen kan være utfordrende når det kommer til spørsmål om behandling eller innleggelse på sykehus. Likevel viser forskningen til at forberedende samtaler om behandlingsforløp og ønsker kan være med på å ivareta pasientens autonomi. Disse samtaler bør skje tidlig i behandlingsforløpet og inkludere både pasient og pårørende, og de bør dokumenteres. Gjennom forhånds-samtalene vil både pasient og pårørende kunne være mer forberedt når livet går mot slutten. I tillegg vil relasjonen til sykepleieren gjennom god kommunikasjon kunne gjøre sykepleieren i stand til å tale pasientens sak dersom pasienten selv ikke kan få uttrykt dette. Pårørendes rolle trekkes også inn i dette hos de pasientene som sliter med kognitiv svikt og som kan ha vansker for å uttrykke sine ønsker. Samtidig kan det hende at pårørende ikke har blitt inkludert og informert tidlig nok om hva en kan forvente når livet går mot slutten, og derfor kan oppleve at deres nære ikke får den hjelpen de mener er riktig. Helsevesenet i Norge baserer seg mye på dette med medbestemmelse, noe som også er uttrykt i Pasient- og brukerrettighetsloven. I tillegg kommer de yrkesetiske retningslinjene sykepleiere forholder seg til som også beskriver viktigheten av pasienters og pårørendes involvering i beslutninger som skal tas. Det kan samtidig være ulike syn på hva som legges i begrepet verdighet i den palliative fasen. Noen pårørende kan synes å ha en oppfatning om at sykehusene er flinkere til å ivareta pasientens behov i den palliative fasen. Samtidig vil muligens nok ressurser og god kompetanse kunne gjøre sykehjemmene i stand til å ivareta pasienten uten å måtte ty til innleggelse. I dette ligger også samarbeid med lege, og da viktigheten av at legen kjenner pasienten eller kan finne dokumentert informasjon om pasientens ønsker.

# Referanser

Brodtkorb, K., Skisland, A. V.-S., Slettebø, Å., & Skaar, R. (2017). Preserving dignity in end-of-life nursing home care: Some ethical challenges: *Nordic Journal of Nursing Research*. <https://doi.org/10.1177/2057158516674836>

Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.  
Eide, H., & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner: Personorientering, samhandling, etikk* (3. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.

Garsjø, O. (2008). *Institusjon som hjem og arbeidsplass—Et arbeidstaker og brukerperspektiv* (2. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.

Gjerberg, E., Lillemoen, L., Førde, R., & Pedersen, R. (2015). End-of-life care communications and shared decision-making in Norwegian nursing homes—Experiences and perspectives of patients and relatives. *BMC Geriatrics*, *15*(1), 103. <https://doi.org/10.1186/s12877-015-0096-y>

Grov, E. K. (2014). Pleie og omsorg ved livets slutt. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., s. 522–537). Oslo: Gyldendal akademisk.

Hansen, M. I. T. (2018). Omsorg under press i sykehjemspasienters siste livsfase. *Geriatrisk sykepleie*, (2), 18–23. Hentet fra: <https://sykepleien.no/meninger/innspill/2018/09/omsorg-under-press-i-sykehjemspasienters-siste-livsfase>

Hauge, S. (2014). Sykepleie i sykehjem. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., s. 265–280). Oslo: Gyldendal akademisk.

Holm, M. S., & Husebø, S. (2015). *En Verdig alderdom: Omsorg ved livets slutt* (s. 334). Bergen: Fagbokforlaget.

Håkonsen, K. M. (2014). *Psykologi og psykiske lidelser* (5. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.

Johansen, H., & Helgesen, A. K. (2017). Omsorg i livets siste fase. *Geriatrisk sykepleie*, (2), 26–33. Hentet fra: [https://sykepleien.no/sites/default/files/gs\\_2017\\_2.pdf](https://sykepleien.no/sites/default/files/gs_2017_2.pdf)

Journal Description: *Nordic Journal of Nursing Research*. (u.å.). Hentet 21. mai 2020, fra SAGE Journals website: <https://journals.sagepub.com/description/NJN>

Kristoffersen, N. J. (2016a). Sykepleiefagets teoretiske utvikling—En historisk reise. I N. J. Kristoffersen, F. Nordtvedt, E.-A. Skaug, & G. H. Grimsbø (Red.), *Pasientfenomener, samfunn og mestrings* (3. utg., s. 15–64). Oslo: Gyldendal akademisk.

Kristoffersen, N. J. (2016b). Sykepleierens ansvar og arbeidsområder i helsetjenesten. I N. J. Kristoffersen, F. Nordtvedt, E.-A. Skaug, & G. H. Grimsbø (Red.), *Sykepleie—Fag og funksjon* (3. utg., s. 193–253). Oslo: Gyldendal akademisk.

Kristoffersen, N. J., & Nordtvedt, F. (2016). Pasient og sykepleier—Verdier og samhandling. I N. J. Kristoffersen, F. Nordtvedt, E.-A. Skaug, & G. H. Grimsbø (Red.), *Sykepleie—Fag og funksjon* (3. utg., s. 89–132). Oslo: Gyldendal akademisk.



Kristoffersen, N. J., Nordtvedt, F., Skaug, E.-A., & Grimsbø, G. H. (2016). Hva er sykepleie? Sykepleie fag og funksjoner. I N. J. Kristoffersen, F. Nordtvedt, E.-A. Skaug, & G. H. Grimsbø (Red.), *Sykepleie—Fag og funksjon* (3. utg., s. 15–27). Oslo: Gyldendal akademisk.

Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-2019-12-20-104). Hentet 27. mai 2020, fra [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL\\_3](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL_3)

Pihl, E. (2014). Sansesvikt i eldre år. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., s. 286–299). Oslo: Gyldendal akademisk.

Ranhoff, A. H. (2014). Den gamle pasienten. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: Omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., s. 79–90). Oslo: Gyldendal akademisk.

Skaug, E.-A. (2016). Kliniske vurderingsprosesser og dokumentasjon av sykepleie. I N. J. Kristoffersen, F. Nordtvedt, E.-A. Skaug, & G. H. Grimsbø (Red.), *Sykepleie fag—Og funksjon* (3. utg., s. 337–372). Oslo: Gyldendal akademisk.

Skovdahl, K., & Berentsen, V. D. (2014). Kognitiv svikt og demens. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., s. 408–434). Oslo: Gyldendal akademisk.

Steindal, S., & Sørbye, L. (2010). Er sykehjemmet et verdig sted å dø? *Sykepleien Forskning*, 5(2), 138–145. <https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2010.0073>

Svendsen, S. J., Landmark, B. Th., & Grov, E. K. (2017). Døende pasienter i sykehjem: Sykepleiere gjør «mer av alt» og er «alene om alt». *Sykepleien Forskning*. <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2017.63396>

Thidemann, I.-J. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving* (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.

Thoresen, L., Pedersen, R., Lillemoen, L., Gjerberg, E., & Førde, R. (2019). Advance care planning in Norwegian nursing homes – limited awareness of the residents' preferences and values? A qualitative study. *BMC Geriatrics*, 19(1), 363. <https://doi.org/10.1186/s12877-019-1378-6>

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

Tveiten, S. (2016). *Helsepedagogikk: Pasient- og pårørendeopplæring*. Bergen: Fagbokforlaget.

Wyller, V. B. (2014). *Frisk: Cellebiologi, anatomi og fysiologi* (3. utg.). Oslo: Cappelen Damm akademisk.

Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. (u.å.). Hentet 14. mai 2020, fra Norsk sykepleieforbund website: <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17102/Yrkesetiske-retningslinjer>