

Christina Solbakken - 10079
Heidi Farnen - 10161
Turid Bredal Jorde - 10139
Vilde Marie Østgård Fingarsen -10055

Livets siste dager

- Hvordan kan sykepleier ivareta eldre pasienter i den terminale fasen?

Bacheloroppgave i sykepleie
Veileder: Wenche Bergseth Bogsti
Mai 2022

Christina Solbakken - 10079
Heidi Farmen - 10161
Turid Bredal Jorde - 10139
Vilde Marie Østgård Fingarsen -10055

Livets siste dager

- Hvordan kan sykepleier ivareta eldre pasienter i den terminale fasen?

Bacheloroppgave i sykepleie
Veileder: Wenche Bergseth Bogsti
Mai 2022

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



Kunnskap for en bedre verden

SAMMENDRAG

Tittel:	Livets siste dager «Hvordan kan sykepleier ivareta eldre pasienter i den terminale fasen?»	Dato: 20.05.22
Forfattere:	Christina Solbakken – 10079 Heidi Farmen – 10161 Turid Bredal Jorde – 10139 Vilde Marie Østgård Fingarsen – 10055	
Veileder:	Wenche Bergseth Bogsti	
Stikkord/nøkkelord (3-5 stk)	Terminal, kommunikasjon, bemanning, kompetanse, litteraturstudie	
Antall sider/ord: 37/10037	Antall vedlegg: 1	
Kort beskrivelse av bacheloroppgaven: Bakgrunn: Så mange som 21.181 personer døde i norske helseinstitusjoner i 2020. Erfaringsmessig har vi opplevd at mange sykepleiere synes temaet om livets slutt kan være utfordrende. Det finnes flere ulike verktøy som kan være er til god hjelp for sykepleieren i forhold til ivaretakelsen av den døende pasienten. Hensikt: Ut i fra praksis ser vi mye usikkerhet rundt dette temaet og derfor har vi blitt blir vi engasjert på tematikken “livets siste dager”. Formålet med denne systematiske litteraturstudien er å sette søkelys på ivaretakelsen av pasienten i den terminale fasen. For å kunne ivareta pasienten må sykepleiere se hver enkelt pasient for den de er og behandle deres individuelle behov. Metode: Ved å bruke databasene Svemed+, Medline Ovid og Cinahl, med ulike søkeord som vi kombinerte satt vi igjen med seks vitenskapelige artikler som blir anvendt med relevant faglitteratur og praksiserfaring der det faller seg naturlig inn. Resultat: Etter å ha analysert disse seks vitenskapelige artiklene ble vi sittende igjen med tre faktorer som påvirker ivaretakelsen i den terminale fasen. Faktorene er; kommunikasjon, kompetanse- og bemanning og palliativ- og lindrende pleie. Konklusjon: For å ivareta pasienten i den terminale fasen, ser vi at ved å styrke bemanningen, øke kompetanse og å ha god kommunikasjon mellom de ulike yrkesgruppene er med på å trygge pasienten og deres pårørende. Disse komponentene er viktige slik at pasienten får den hjelpen de trenger i den terminale fasen.		

ABSTRACT

Title:	Last days of life. «How can nurses care for elderly patients in the terminale fase?»	Date: 20.05.22
Authors:	Christina Solbakken – 10079 Heidi Farmen – 10161 Turid Bredal Jorde – 10139 Vilde Marie Østgård Fingarsen – 10055	
Supervisor:	Wenche Bergseth Bogsti	
Keywords (3-5)	Terminal, Communication, Staff, Competence, literature study	
Number of pages/words: 37/10037	Number of appendix: 1	
Short description of the bachelor thesis:		
<p>Background: 21.181 people died in Norwegian health institutions in 2020. We have experienced that many nurses feel that the end-of-life cycle of the patient may be challenging. There are different tools that can be of good assistance to the nurse during the care of the terminal patient.</p> <p>Aim: During our internship we saw a lot of insecurities about this subject, and therefore we became invested in the theme of the “last days of life”. The purpose of this systematic literature study is to highlight the care of the terminal phase. To be able to care for the patient, the nurses have to see each patient for who they are and treat their individual needs.</p> <p>Method: By using the databases Svemed+, Medline Ovid and Cinahl, we combined different keywords and was left with six scientific articles that we used together with relevant professional literature and experience from our internships.</p> <p>Result: After analyzing these six scientific articles we were left with three factors that affect the care of a patient in the terminal phase. These three factors are; communication, competence- & staff and palliative- & relieving care.</p> <p>Conclusion: By caring for the patient in the terminal phase, we notice that by expanding the staff, increasing the competence of the staff and reaching a high level of communication between the occupational groups will ease the patient and their next of kin. These components are essential in giving the patient the care they need in the terminal phase.</p>		

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning	3
2.0 Bakgrunn.....	4
2.1 Kommunikasjon rundt døden	5
2.2 Lindrende pleie	6
2.2.1 Livets siste dager	7
2.2.3 Tabell: Lindrende medikamenter som kan gis subkutant til døende	8
2.2.4 Når livsforlengende behandling avsluttes.....	9
2.2.5 Den døende pasient.....	9
2.2.6 Lindrende enhet.....	10
2.3 Etikk	11
2.4 Hensikt og problemstilling.....	11
2.4.1 Avgrensning til problemstilling.....	12
3.0 Metode	12
3.1 Databasesøk	12
3.1.1 Søkematrise	13
3.1.2 <i>Svemed+</i>	14
3.1.3 <i>Medline Ovid</i>	14
3.1.4 <i>Cinahl</i>	15
3.2 Inklusjonskriterier og eksklusjonskriterier	15
3.3 Kvantitativ metode	16
3.4 Kvalitativ metode	16
4.0 Resultat.....	16
4.1 Litteraturnmatrise.....	16
4.2 Sammenfattende resultat	19
4.2.1 Kommunikasjon	19
4.2.2 Kompetanse- og bemanning	20
4.2.3 Palliativ- og lindrende pleie	21
5.0 Drøfting	23
5.1 Kommunikasjon	23
5.2 Kompetanse- og bemanning	26
5.3 Palliativ- og lindrende pleie	27
5.4 Kritisk vurdering av litteratur	30
6.0 Konklusjon.....	31
7.0 Litteraturliste.....	33
Vedlegg 1: PIO-skjema	37

Forord

“Det betyr ikke så meget hvordan man ble født, men det har endelig meget å si hvordan man dør” (Blix og Breivik, 2006, s. 355).

1.0 Innledning

Sykepleiere møter ulike pasienter daglig i jobben de gjør. Mange sykepleiere møter pasienter i en terminal fase. Det er viktig at sykepleieren ser hver enkelt pasient for den de er og behandler dem likt, uavhengig av kultur, religion eller sosiale ulikheter. Det er også viktig at vi er der for dem, oppmuntrer dem, viser empati, gir god veiledning og gir god omsorg. Dette er faktorer som kan gjøre godt for pasienten og gi den tryggheten de trenger i livets siste fase. Det å skape en god relasjonsbygging mellom sykepleier, pasient og pårørende er viktig. Det kan bidra til å skape et tillitsforhold mellom sykepleier, pasient og pårørende. Det motsatte kan gi utrygge pasienter, og tillitsforholdet blir svekket.

For den som arbeider som sykepleier, er det imidlertid svært viktig å få en dypere forståelse av hva det innebærer å være trygg eller utrygg, og hvilke omsorgshandlinger som kan lede til at en pasient og pasientens nærmeste pårørende kan føle trygghet i forhold til sykepleieren (Segesten, 2016, s. 146).

Selv om disse pasientene er i livets siste fase, kan man anta at de og de pårørende har store forventninger til personalet og til den behandlingen som gis pasienten. Det er viktig at personalet viser interesse for pasienten, viser vennlighet, tålmodighet og hjelpsomhet, og at de bryr seg om hvordan pasienten har det. Videre er det også viktig at pasientene føler de blir tatt på alvor, at sykepleier lytter til de og tror på det de forteller, gjerne i forbindelse med smerter og annet ubehag. Sykepleier må ha den kunnskapen og kompetansen som trengs, og være nøyaktig i sitt arbeid. Ha en god dialog med pasientene og gi dem den informasjonen de søker og har krav på (Segesten, 2016).

En god tilnærming til pasienten og deres nærmeste familie når livet går mot slutten er helt grunnleggende for at pasienten forlater denne jord på en fredfull måte. Dette er vel så viktig også for de pårørende (Brenne og Dalene, 2016).

2.0 Bakgrunn

Tall hentet fra Folkehelseinstituttet (2020) viser at så mange som 21.181 personer døde i norske helseinstitusjoner i år 2020. Og ettersom det blir flere og flere eldre i dagens samfunn vil disse tallene komme til å øke betraktelig i årene fremover.

En definisjon fra WHO er at eldre mennesker regnes mellom 60 og 74 år, og gamle mennesker regnes fra 75 år og oppover (Engedal, 2019). Likevel velger vi å bruke "eldre" for å få bedre flyt i oppgaveteksten.

Erfaringsmessig har vi opplevd at mange sykepleiere synes temaet rundt livets slutt kan være utfordrende med tanke på å møte disse pasientene og deres nære pårørende. "Pasient kommer fra pati som betyr å lide, tåle, utholde, og det refererer til en person som lider av eller behandles for sykdom" (Blix og Breivik, 2006, s. 12). Det er viktig at vi som snart er sykepleiere har god nok kunnskap rundt dette temaet, lest oss opp i forbindelse med pasientens sykehistorie og gjenkjenner mulige vendepunkter i en terminal fase. For å kunne utøve verdig og god omsorg er det viktig å ha interesse for og kunnskap om dette temaet. Dette er vesentlig for å kunne utøve god sykepleie for pasienter ved den terminale fasen. Omsorg handler om hvordan handlinger blir utført og om de blir utført på en god måte. Som pasient er du avhengig av at sykepleier er der for deg og utfører de riktige handlingene som må gjøres på en god og trygg måte (Alvsvåg, 2016).

Begrepet verdighet blir ofte definert som en subjektiv opplevelse av verdsetting. Det er en bekreftelse av egenverd, en respektfull anerkjennelse av hensikten med livet vårt og hvem vi er. Verdighet er sentralt i menneskesynet og det understøtter bevisstheten om selvaktelse og en naturlig tillit (Ja til verdighet, 2011).

Erfaringer og tanker fra praksis viser at mange pasienter og pårørende opplever denne tiden rundt døden helt forskjellig. Noen er fornøyd med behandlingen som blir gitt, mens andre kan oppleve det motsatte. Det som da blir viktig, er at disse pasientene med pårørende føler seg ivaretatt på en god og respektfull måte. Ingen skal heller måtte forlate denne jord alene, uten å ha noen hos seg. Sykepleier skal være imøtekommende til den døende pasienten, sørge for ha nok kunnskap rundt døden og alt hva det innebærer. Som sykepleier har man en autorisasjon til å utøve sykepleiefaget i henhold til helsepersonelloven. Sykepleier er en beskyttet tittel. De

jobber både klinisk og administrativt på alle nivåer i helsetjenesten (Kirkevold og Bringsli, 2020). Sykepleier skal også sørge for å få dekket pasientens grunnleggende behov. De grunnleggende behovene består av fem behovsområder i Maslows behovspyramide. Pyramiden viser hvilke behov den består av. Behovene bygges på hverandre, og de nederste behovene må dekkes før de oppover kan bli dekket (Eriksen, 2015). Samtidig er det viktig å lytte til de nærmeste pårørende og til pasienten selv i forhold til om de har noen spesifikke ønsker. Støtte dem og trygge dem, slik at pasient og pårørende har en gjensidig forståelse av situasjonen. Som Virginia Henderson påpeker så skal sykepleieren hjelpe pasienten slik at han/hun får en god og fredfull død. Hun sier videre at den lindrende pleien er viktigst i møte med døende pasienter (Blix og Breivik, 2006).



(Eriksen, 2015, s. 891)

Livskvalitet er også en viktig faktor som bør opprettholdes i den terminale fasen. Livskvalitet er definert som en betegnelse på velferd og det å ha et godt liv. Livskvalitet har både objektive og subjektive aspekter, disse er nødvendig for å kunne gi et helhetlig bilde av hva et godt eller dårlig liv er (Barstad, 2019).

2.1 Kommunikasjon rundt døden

God kommunikasjon er viktig og nødvendig. Så tidlig som mulig bør det tilstrebes å opprette en god kommunikasjon med pasienten og gi dem den nødvendige informasjon de trenger og at det går mot slutten. Dette kan oppfattes som en vanskelig samtale og stort sett er det legen som tar denne samtalen. Har pasienten demens eller om pasienten er bevisstløs, kan det være ekstra utfordrende, men man har opplevd at denne pasientgruppen får med seg mer enn det man tror (Hjort, 2010).

Kommunikasjon med pårørende kan også oppleves som en utfordring og være vanskelig. Det kan være en god løsning å prate med pasient og pårørende sammen hvis dette er hensiktsmessig, men dette må avklares på forhånd. Sett av god tid og ha gjerne flere samtaler underveis i prosessen (Hjort, 2010).

«Begrepet kommunikasjon kommer av det latinske *communicare*, som betyr å gjøre noe felles, delaktiggjøre en annen i, ha forbindelse med» (Eide og Eide, 2009, s. 17).

Nærmeste pårørende er den pasienten selv ønsker å inkludere i sin sykdomstilstand og skal etter §3-3 som omhandler informasjon til pasientens eller brukerens nærmeste pårørende motta informasjon om pasientens helsetilstand og om helsehjelpen som ytes (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Pårørende har variable ressurser om hvordan de deltar i behandlingen og omsorgen (Birkeland og Flovik, 2011).

Helsepersonellet rundt pasienten må samarbeide og ha en god kommunikasjon seg imellom. Påse til enhver tid om hva som har blitt gitt av informasjon både til pasient og pårørende. God kommunikasjon er med på å skape trygghet for alle parter i en ofte vanskelig fase av livet (Hjort, 2010).

2.2 Lindrende pleie

Inne på helsebibliotekets (2015) sine sider blir palliasjon definert slik:

Palliasjon er aktiv behandling, pleie og omsorg for pasienter med uhelbredelig sykdom og kort forventet levetid. Lindring av fysiske smerter og andre plagsomme symptomer står sentralt, sammen med tiltak rettet mot psykiske, sosiale og eksistensielle problemer.

I St.meld. 47 (2008-2009) står det at lindrende/palliativ behandling blir omtalt som tjenester som innebærer behandling, pleie og omsorg rettet mot pasienter med forventet kort levetid. Målet i prosessen skal være å kunne gi både pasient og pårørende best mulig livskvalitet. Tilbudet om palliativ behandling skal ikke bare være et tilbud til eldre, men alle pasienter som trenger lindrende behandling uavhengig av alder eller diagnose. For å kunne drifte en palliativ avdeling vil det være mer spesialisert helsepersonell enn i en vanlig sykehjemsavdeling, samtidig skal det være organisatorisk tilrettelagt. Størrelse og organisering må tilpasses den enkelte kommunes behov og forhold. Det forventes et tett samarbeid uansett hvilken organisasjonsmodell som er valgt mellom de ulike spesialenhetene innenfor palliativ behandling på sykehus og ut mot kommunene.

2.2.1 Livets siste dager

Norge tok i bruk Liverpool Care Pathway (LCP) i 2006. «Livets siste dager – plan for lindring i livets slutfase», er en ny versjon av LCP, den kom på høsten i 2015. Denne planen bygger på mye av det samme som sto i LCP, men noen punkter er endret på grunnlag av tilbakemeldinger og ulike forskningsresultater og er nå mer tilpasset norske forhold.

Tiltaksplanen skal være et verktøy slik at man kan gi best mulig omsorg til pasienten ved livets slutt og deres pårørende (Kompetansesenteret for lindrende behandling Helseregion Vest, 2016, a). Tiltaksplanen tar for seg hvordan man kan lindre smerter på en god måte, hvordan man kan kommunisere og informere på en god måte og den tar også for seg hvordan gi god pleie til pasienten både før og etter at døden inntreffer (Kompetansesenteret for lindrende behandling Helseregion Vest, 2016, a).

«Livets siste dager» er et hjelpemiddel for personalet, men det er ikke ment som en erstatning for helsepersonellens kliniske vurderinger og deres kompetanse. Det skal være et samarbeid mellom de ulike enhetene for eksempel sykehuset og kommunehelsetjenesten og deres palliative team. Styrke kompetansen mellom erfarne kolleger og gi undervisning/veiledning, skape trygghet og refleksjon i vurderingene som omhandler den døende pasienten. Det å gjenkjenne den døende fasen er både krevende og en viktig klinisk ferdighet. Før oppstart av «livets siste dager» skal det være foretatt en vurdering av minimum en lege og sykepleier. Det kan være nyttig å legge en plan rundt den enkelte pasient, slik at man kan være forberedt når det skal startes opp med «livets siste dager» når pasienten nærmer seg døden. Da kan den gjeldende lege være forberedt og journalføre vurderingen. Legen skal dokumentere i elektronisk pasientjournal når planen tas i bruk og vurderingen som er blitt gjort i forkant av oppstart. «Livets siste dager» er tilgjengelig både i elektroniske pasientjournalssystemer og i papirutgave. Denne planen skal etter oppstart erstatte annen dokumentasjon og være eneste rapport som brukes (Helsebiblioteket, 2015).

Det er registrert at så mange som 338 sykehjem i Norge bruker denne planen (Kompetansesenteret for lindrende behandling Helseregion Vest, 2016, b).

2.2.2 Pleie i terminalfasen

I omsorg ved livets slutt er det viktig at sykepleier føler seg trygg og klarer å formidle dette til pasienten og deres pårørende. For mange er det viktig med kontinuitet og en liten gruppe av personalet slik at det ikke skaper utrygghet (Hjort, 2010).

“Terminal er noe som har med en slutfase (som regel døden) å gjøre” (Kåss, 2021).

I den terminale fasen er det kun palliativ behandling som skal gis og det er best å holde seg til få medikamenter. Ofte gis dette subkutant fordi pasienten ofte ikke har svelgefunksjonen intakt lenger. Man legger da ofte inn en subkutan kanyle slik at man kan injisere medikamentet rett i kroppen. Man slipper også da å stikke pasienten hver gang et medikament skal gis. Bor pasienten på sykehjem er det sykepleiere som administrerer dette etter forordning fra legen. Er pasienten hjemmeboende kan det være pårørende som administrerer dette i ferdig opptrukket sprøyter (Hjort, 2010).

2.2.3 Tabell: Lindrende medikamenter som kan gis subkutant til døende

Medikament	Indikasjon	Enkeldose	Max døgndose	Alternativ
Morfin	Smerte Dyspné	2,5 mg eller 1/3 av peroral dose	ubegrenset >400 mg sjelden nødvendig	Ketobemidon oksykodon
Skopolamin	Surklete luftveier, ileus, kolikk	0,2 - 0,4 mg	2 mg	Glykopyrron Butylskopolamin
Midazolam	Angst, uro, panikk, muskel -rykninger	2,5 - 5 mg	>20 mg sjelden nødvendig	Diazepam rektalt Levomepromazin
Haldol	kvalme, brekninger, uro, agitasjon	0,5 - 5 mg	10 mg	

(Hjort, 2010, s. 454).

2.2.4 Når livsforlengende behandling avsluttes

Når pasienten nærmer seg livets slutt, møter man på to avgjørende tidspunkter. Det ene er at livsforlengende medisin mister sin mening. Det er individuelt når dette oppstår, alt fra måneder til få uker før døden inntreffer, dette er avhengig av hva som er grunnsykdommen til pasienten. På det tidspunktet som man beslutter å revidere behandlingsplanen er når pasienten ikke responderer på behandling/medisinene, de gir mer bivirkninger og pasienten mister sin livskvalitet. Det er viktig at lege og de involverte av helsepersonell har god kommunikasjon seg imellom og samarbeider. Lage en god plan og igjen er det viktig med god kommunikasjon med pasient og pårørende om det som skal skje. Ofte er det ikke klare objektive kriterier for når det skal tas en avgjørelse på når all behandling skal avsluttes, dette kreves erfaring og skjønn både hos helsepersonell og lege (Hjort, 2010).

Det andre tidspunktet er når tiden er inne for å starte omsorg ved livets slutt. Mye bygger på erfaringer for å fange opp dette, men det også en del trekk som ofte gjenspeiler seg. Pasienten blir mer passiv og hvileperioden blir lengre og lengre. Det kan oppstå forvirring og nedsatt bevissthet. Inntaket av føde blir mindre før det opphører helt. Pasienten sover mer i løpet av døgnet. Disse tegnene er helt vanlige i prosessen inn mot døden. Pasienten er lite plaget av dette og trenger ingen behandling (Hjort, 2010).

2.2.5 Den døende pasient

I det øyeblikket en pasient er døende, er det den lindrende behandlingen vi som sykepleiere skal konsentrere oss mest om. Vi må tilstrebe å gi en god lindrende omsorg og unngå å sette inn tiltak som for eksempel væskebehandling som vil være med på å forlenge og forverre dødsprosessen. Den døende pasienten skal slippe å gå gjennom plagsomme symptomer og disse symptomene må lindres på en god måte. Pasienten skal ha ro rundt seg og ha mulighet til å fremme sine siste ønsker helt til han/hun ikke lenger er i stand til å kommunisere (Blix og Breivik, 2006).

En god smertelindring er noe av de viktigste vi hjelper alvorlig syke og døende pasienter med. Det er viktig å systematisk kartlegge smerter og symptomer. Hvis en pasient ikke sier ifra om smerter selv, er det viktig at vi som sykepleiere ser etter tegn på smerter som, grimaser, er urolig, ynker seg og gjør motstand ved for eksempel snuing av pasienten. Det viser seg at 70 til 80% av sykehjemspasienter som har en demenssykdom eller en kognitiv svikt får for lite

smertestillende legemidler. Sykepleiere har derfor et stort ansvar for å ta initiativ til systematisk kartlegging av smerter, veilede annet personell i observasjon og formidle dette videre til lege slik at en pasient får riktig smertelindrende behandling (Thoresen og Dahl, 2015).

Alle pasienter har rettigheter og ulike behov helt til det siste, og dette skal respekteres i tråd med autonomiprinsippet (Brinchmann, 2016). Autonomi er et prinsipp med mål om at den døende pasienten skal medvirke til beslutninger i livets slutt fase, dette er viktig men også vanskelig (Thoresen og Dahl, 2015). Selv om pasienten kan velge selv, er det ikke alltid de har full innsikt og kunnskap til å ta en selvstendig avgjørelse da de ofte kan mangle kunnskap i medisinfaglige spørsmål, dette være seg å velge mellom alternative behandlingstiltak. Pasienten må her få nødvendig informasjon og råd fra helsepersonellet før en endelig avgjørelse tas (Molven, 2019).

2.2.6 Lindrende enhet

Hensikten med lindrende enheter er å sikre et større tilbud til pasienter som trenger palliativ pleie. En lindrende enhet drives av frivillige og ideelle organisasjoner, dette skal skje gjennom etablering og drift (Helsedirektoratet, 2021).

En lindrende enhet vil kunne gi følgende tilbud:

- Korttidsopphold for behandling av symptomer, planlegge videre oppfølging og ivareta resterende funksjon på en best mulig måte. Kunne gi pleie og omsorg inntil døden. Ingen sykdomsdiagnoser skal utelukkes
- Avlaste pårørende
- Plassene skal benyttes av pasienter med alvorlig sykdom eller kort forventet levetid.
- Enheten skal være et tilbud til pasienter i alle aldersgrupper.
- Pasienten skal kunne komme fra hjemmet, fra sykehus eller et annet helsehus. På avdelingen vil det være tiltak rettet mot fysiske smerter, sammen med psykiske, sosiale og åndelige/eksistensielle problemer (Oslo kommune).

Det blir lagt vekt på å ha en åpen avdeling der pårørende skal også bli ivaretatt og føle seg velkommen. Siden mange vil velge å avslutte livet sitt på en slik avdeling, er det viktig å ha fokuset på å bidra slik at de siste dagene både for pasient og familien rundt blir ivaretatt på en verdig måte (Oslo kommune).

2.3 Etikk

Lillemoen (2015, s. 297) beskriver etikk slik:

“Etikk dreier seg blant annet om hva som er godt, rett og rettferdig. Når vi resonnerer etisk, tar vi et skritt tilbake og gransker vår egen eller andres moral: Er nå dette egentlig rett, godt, galt osv. - og hvilke grunner taler for og imot?”

Beslutningsprosesser som tas ved livets slutt og som omhandler den helsehjelpen pasienten får, skal pasienten få lov til å være delaktig i så lenge de selv klarer. Når pasienten selv ikke lenger evner å være med på å ta ulike beslutninger i samråd med helsepersonellet står dem ofte overfor et etisk dilemma. Sykepleier må da prøve å sette seg inn i pasientens situasjon og tenke ut hva det beste ville vært for pasienten i den situasjonen pasienten er i, og hva han selv ville ha ønsket. Dette kan for eksempel være lindrende behandling i stedet for livsforlengende medisinsk behandling. Med livsforlengende medisinsk behandling menes behandling som vil være med på å utsette pasientens død (Lillemoen, 2015). Lindrende behandling eller sederende behandling derimot vil være med på å lindre pasientens plager og redusere pasientens bevissthetsnivå. Denne behandlingen starter når pasienten er i den terminale fasen der forventet levetid er kort. Her er det snakk om få dager (Thoresen og Dahl, 2015).

2.4 Hensikt og problemstilling

Hensikten er å sette lys på ivaretagelsen av pasienten i den terminale fasen. For å ivareta dette må sykepleiere kunne se hver enkelt pasient for den de er og behandle de individuelle behovene. Sykepleier skal vise empati, være oppmuntrende, gi god veiledning og god omsorg. I tillegg er bemanning i stor grad viktig, men er utenfor sykepleierens makt. Temaet «livets siste fase» er noe som engasjerer oss og som er viktig for å kunne gi god tilpasset behandling og omsorg i livets siste dager. Vi tar for oss i hovedsak sykehjem, noe hjemmetjeneste, og trekker inn spesialisthelsetjenesten i enkelte tilfeller.

2.4.1 Avgrensning til problemstilling

I vår litteraturstudie, er målet å få svar på “hvordan kan sykepleier ivareta eldre pasienter i den terminale fasen?”, og faktorer som kan påvirke dette. Vi vil derfor ikke spesifisere arena, fordi det er den døende pasienten som er hovedfokuset.

3.0 Metode

Metode kan defineres som et verktøy om hvordan vi kan gå frem for å skaffe oss kunnskap. Vilhelm Aubert sin definisjon i Dalland (2012, s. 111) er:

“En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder”. Valget av metode skal være med på å gjøre valg av tema, interessant og kunne gi gode data relevant opp mot spørsmålet (Dalland, 2012).

Med et stort utvalg av databaser har vi valgt å benytte oss av Svemed+, Medline Ovid og Cinahl til å søke opp og finne relevante artikler i litteraturstudier. Dette er gjort for å kunne samle opp relativt ny kunnskap og forskning i forhold til å belyse det tema vi har valgt for oppgaven vår. Vi håper at disse artiklene vil kunne gi oss gode svar knyttet til problemstillingen vår. Nå som vi snart er sykepleiere er det viktig å mestre det å søke i ulike databaser og finne ny og oppdatert kunnskap slik at vi hele tiden er faglig oppdatert på nyere forskning rundt temaer vi er usikre på. Dette vil igjen gagne våre pasienter, som ofte søker informasjon rundt sin egen helsetilstand. I tillegg til søk i databaser har vi også slått opp i bøker og funnet relevant faglitteratur og anvendt dette med artiklene vi har funnet. Erfaringen vi har med oss fra praksis vil vi også kunne komme til å bli benyttet der det faller seg naturlig inn.

3.1 Databasesøk

Da vi skulle gjøre databasesøk tok vi utgangspunkt i PICO-skjema, men vi fokuserer ikke på arena, derfor blir det PIO-skjema, som er vedlagt. Vi valgte da å ikke bruke “nursing homes” i to av databasene slik at vi fikk et større omfang. Videre fylte vi inn viktige og relevante punkter som står sammen med problemstillingen. I søkematriksen viser vi til søkeordene vi har brukt i de ulike databasene. I tabellen viser vi hvordan vi kombinerte, antall treff på kombinasjoner, hvor mange abstrakt vi leste, hvor mange artikler vi har lest og hvor mange

artikler vi valgte. På slutten av tabellen viser vi til artikkelnavn og hvilke nummer de var i søket.

3.1.1 Søkematrise

Vi har tatt i utgangspunkt i søkematrisen fra Thidemann (2015) som mal for presentasjon av databasesøkene.

Dato	Database	Søkeord	Kombinasjoner	Antall treff	Lest abstrakt	Lest artikler	Valgt artikler	Artikkelnavn
25.3.22	Svemed+	1. Terminal care 2. Patient 3. Dying with dignity 4. Dignity 5. Respect 6. Palliative care	7. 1 AND 2 8. 4 OR 5 9. 2 AND 6 10. 9 AND 1	23 25 72 37	7	4	2	12. Døende pasienter i sykehjem: Sykepleiere gjør «mer av alt» og er «alene om alt» 14. Omsorg ved livets slutt - En kvalitativ studie av sykepleiers erfaringer med bruk av Liverpool Care Pathway i sykehjem
27.3.22	Medline Ovid	1. Terminal care 2. Patient (kw) 3. Dying with dignity (kw) 4. Dignity (kw) 5. Respect 6. Palliative care	7. 1 OR 6 8. 3 OR 4 9. 5 OR 8 10. 2 AND 7 11. 9 AND 10	103360 7788 8191 37822 758	15	10	3	140. Beyond Pain: Nurses' Assessment of Patient Suffering, Dignity, and Dying in the Intensive Care Unit. 172. Evaluating a dignity care intervention for palliative care in the community setting: community nurses' perspectives. 183. Defining dignity in end-of-life care in the emergency department.

4.4.22	Cinahl	1. Terminal Care	6. 2 AND 4	98143	12	6	1	4. A qualitative study of nurses' perspective about the impact of end-of-life communication on the goal of end-of-life care in nursing home.
		2. Patient (kw)	7. 5 AND 6	1209				
		3. Palliativ Care	8. 1 OR 3	70812				
		4. Nurse (kw)	9. 7 AND 8	87				
		5. Nursing homes						

3.1.2 Svemed+

Svemed+ ble som kjent lagt ned i 2019, og derfor er søket begrenset fra 2012 til 2019 for å finne relevante og oppdaterte artikler med nyere informasjon og ny kunnskap. Artikkene som er funnet kan likevel være aktuelle i dag. Vi har pr. 29. mars 2022 tatt kontakt på mail til Karolinska instituttet og fått bekreftet at denne databasen vil bli opprettholdt frem til år 2023. Etter å ha kombinerte søkeordene i Svemed+ som vist i søkematrisen satt vi igjen med 37 artikler. Artikkene som vi fant interessante var “Omsorg ved livets slutt - En kvalitativ studie av sykepleiers erfaringer med bruk av Liverpool Care Pathway i sykehjem” og “Døende pasienter i sykehjem: Sykepleiere gjør «mer av alt» og er «alene om alt»”. Begge artikkene er fagfelleurdert og har IMRaD struktur.

3.1.3 Medline Ovid

Ut i fra søket med kombinasjonene på Medline Ovid satt vi igjen med 758 artikler, vi begrenset søket til de siste fem årene og fikk 183 artikler som resultat. Etter å ha vurdert overskrifter til hver artikkel og abstrakt til de med relevant overskrift, fant vi “Beyond Pain: Nurses' Assessment of Patient Suffering, Dignity, and Dying in the Intensive Care Unit.”, “Evaluating a dignity care intervention for palliative care in the community setting: community nurses' perspectives.” og “Defining dignity in end-of-life care in the emergency department.” som relevante artikler vi kunne bruke i litteraturstudiet. Alle tre artikler er fagfelleurdert og har IMRaD struktur.

3.1.4 Cinahl

I Cinahl søket hadde vi litt annerledes søkeord for å utvide søket. For å finne ut om artikkelen var vitenskapelig, sjekket vi at artikkelen var fagfellevurdert og i tillegg har en IMRaD-struktur, vi var også kritisk til valg av artikkel og språk. Vi valgte å begrense årstallet i søket fra 2015-2022 for å finne relevante artikler som ikke er for gamle i forhold til dagens samfunn. Vi satt igjen med ett treff på 33 artikler etter at vi kombinerte søkeordene og begrenset årstallet. Etter å ha vurdert overskrifter og abstrakt fant vi artikkelen “A qualitative study of nurses' perspective about the impact of end-of-life communication on the goal of end-of-life care in nursing home” relevant til problemstillingen.

3.2 Inklusjonskriterier og eksklusjonskriterier

Thidemann (2015) forklarer at inklusjonskriterier er begrensninger som skal vurdere relevansen i artiklene for eksempel om artiklene er fagfellevurdert, kvalitative eller kvantitative studier, språk, tidsrom, biologiske krav og med mer. Eksklusjonskriterier er da en begrensning på artikler som ikke oppfyller kriteriene til inklusjonskriteriene.

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Skandinavisk språk	Ikke- skandinavisk språk
Vitenskapelige artikler	Fagartikler
Sykepleie- og pasientperspektiv	Ikke- sykepleie- og pasientperspektiv
Omhandler gamle og eldre i livets slutfase	Omhandler yngre i livets slutfase
Artikler fra 2012-2022	Artikler eldre enn 2012
Relevant etter problemstillingen	Irrelevant i forhold til problemstilling
Studiene må være relevant for norske forhold	Studier som ikke relaterer til norske forhold

3.3 Kvantitativ metode

Kvantitativ metode bygger seg på objektive data som er mulig å telle, og at det egner seg godt når man skal finne gjennomsnittsverdier. Ved kvantitativ metode vil man gjerne ha svar på blant annet “hvordan mye ...?”, “hvordan ofte ...?”. Resultatene oppgis gjerne i tabeller. Dette gir et nøyaktig fakta (Thidemann, 2015, s.77).

3.4 Kvalitativ metode

Kvalitativ metode kjennetegnes ved at dataene vurderes og ikke kan sammenlignes med tallfesting. Metoden går ut på enten ved intervju, observasjoner, feltarbeid og dokumentanalyse. Ved kvalitativ metode vil man gjerne ha svar på blant annet “hva betyr ...?” eller “hvordan oppleves ...?” (Thidemann, 2015, s.78).

4.0 Resultat

4.1 Litteratormatrise

Vi har tatt utgangspunkt i litteratur matrisen fra Thidemann (2015) som mal for å presentere artiklene.

Artikkel og tittel	Kvalitetsvurdering	Forfattere	Metode	Hensikt	Resultat
Artikkel 1 Omsorg ved livets slutt - En kvalitativ studie av sykepleiers erfaringer med bruk av Liverpool Care Pathway i sykehjem	2016 Norge IMRaD Fagfellevurdert <i>Tidsskrift for omsorgsforskning</i>	Brattgjerd, M og Olsen, R.M	Kvalitativ 11 sykepleiere deltok	Å undersøke sykepleiernes erfaringer i hvordan tiltaksplanen Liverpool Care Pathway (LCP) kunne bidra til å kvalitetssikre god omsorg og pleie til pasienter i sykehjem ved livets	-Analysen i forhold til bruken av LCP tar for seg to hovedtemaer. -LCP bidrar til god omsorg ved livets slutt: Se hele pasienten, være i forkant av for eks. medikamentell behandling, ikke overbehandle men lindre, involvere pårørende og la de få bli delaktige og sikre kontinuitet i pleien. -LCP, utfordringer knyttet til

				slutt.	bruken av dette verktøyet. Vanskelig å diagnostisere pasienten som døende, skjema finnes kun i papirform, noe som fører til at dokumentasjonen blir uoversiktlig, rigid tiltaksplan og vanskelig å oppnå godt samarbeid med lege
<u>Artikkel 2</u> Døende pasienter i sykehjem: Sykepleiere gjør «mer av alt» og er «alene om alt»	2017 Norge IMRaD Fagfelleverdert Etisk godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste <i>Sykepleien Forskning</i>	Svendsen, S.J., Landmark, B.Th. og Grov, E.K.	Kvalitativ 12 sykepleiere deltok	Å undersøke hvordan det er for døende pasienter å få dø på sykehjem. Hvordan de blir ivaretatt, og om den nødvendige behandlingen, pleien og omsorgen er optimal.	Studien viste: - Det krever gode kunnskaper, ferdigheter og holdninger. - Sykepleiere føler ofte de er "alene om alt". - Sykepleiermangel i sykehjem, legen er ofte ikke tilgjengelig - Lav bemanning og ikke god nok kompetanse blant andre medarbeidere.
<u>Artikkel 3</u> Beyond pain: Nurses assessment of patient suffering, dignity, and dying in the Intensive Care Unit	2018 USA IMRaD Fagfelleverdert <i>Journal of pain and symptom management.</i>	Su, A., Lief, L., Berlin, D., Cooper, Z., Ouyang, D., Holmes, J., Maciejewski, R., Maciejewski, P.K og Prigerson, H.G.	Kvalitativ og kvantitativ 200 døende pasienter ble evaluert	Å undersøke både sykepleierens vurdering av symptom- og omsorg som gis til pasienter inne på intensivavdeling og pasientenes opplevelse av sykepleierens arbeid rettet mot lidelse og verdighet i livets siste dager.	- I følge sykepleierens vurderinger bidro symptomene til lidelse, selv etter at de prøvde å behandle de fysiske smertene. - Det ble gjort oppmerksom på at medisinske prosedyrer kunne forverre pasientens lidelse og gi mangel på verdighet. - Lidelse og tapet av verdighet ble sett på som vanlig til tross for deres "DNR-ordrer".

<p>Artikkel 4</p> <p>Evaluating a dignity care intervention for palliative care in the community setting: community nurses' perspectives</p>	<p>2017</p> <p>Irland</p> <p>IMRaD struktur</p> <p>Fagfelleverdert</p> <p>Etisk godkjent fra "University Ethics Committee".</p> <p><i>Journal of clinical nursing</i></p>	<p>McIlfratrick, S., Connolly, M., Collins, R., Murphy, T., Johnston, B., og Larkin, P.</p>	<p>Kvalitativ og kvantitativ</p> <p>24 sykepleiere deltok i studien</p>	<p>Å evaluere DCI (dignity care intervention) som ble gitt av sykepleiere for å vedlikeholde verdigheten til syke pasienter.</p>	<p>-DCI intervensjonen bidro til en mer helhetlig vurdering og det kunne identifisere pasientens verdighet</p> <p>-Likevel er det ulik praksis og systemutfordringer ved implementeringen.</p>
<p>Artikkel 5</p> <p>Defining dignity in end-of-life care in the emergency department.</p>	<p>2017</p> <p>Spania</p> <p>IMRaD struktur.</p> <p>Fagfelleverdert.</p> <p>Studien er godkjent av forskningssenterets etiske komitè i Spania.</p> <p><i>Sage journals</i></p>	<p>Fernández-Sola, C., Cortés, M.M.D., Hernández-Padilla, J.M., Torres C.J.A., Terrón, J.M.M. og Granero-Molina, J.</p>	<p>Kvalitativ</p> <p>10 leger og 16 sykepleiere deltok</p>	<p>Å finne ut av hvilke erfaringer deltakerne sitter med når det kommer til verdighet ved livets slutfase på akuttmottaket, basert på legenes og sykepleiernes synsvinkel.</p>	<p>- For å gi god behandling inne på akuttmottaket må man være oppmerksom på verdigheten rundt livets slutfase</p> <p>- Verdien i hver og en som er vesentlig i behandling med verdigheten til den døende</p>
<p>Artikkel 6</p> <p>A qualitative study of nurses' perspective about the impact of end-of-life communication on the goal of end-of-life care in nursing home.</p>	<p>2021</p> <p>Italia</p> <p>IMRaD struktur</p> <p>Fagfelleverdert</p> <p>Etisk godkjent fra "The Ethical Committee of the University of Torino".</p> <p><i>Scandinavian Journal of Caring Sciences</i></p>	<p>Gonella, S., Basso, I., Clari, M., Dimonte, V. og Giulio, P.D.</p>	<p>Kvalitativ</p> <p>14 sykepleiere deltok i denne studien</p>	<p>Å undersøke sykepleieperspektivet i en prosess hvor kommunikasjonen påvirker omsorgen ved livets slutfase hos beboere på sykehjem.</p>	<p>- Overganger/livskriser, pasientsentrert miljø, spørsmål om mulig død, kvalitet på relasjoner og omsorgskultur påvirker etableringen og kvaliteten på kommunikasjonen ved livets slutt med fokus på god omsorg.</p>

4.2 Sammenfattende resultat

I analyseprosessen leste vi hver artikkel og merket hvilke temaer som var gjengangere. Vi fant derfor kommunikasjon, kompetanse- og bemanning og palliativ- og lindrende pleie mest relevant for problemstillingen.

4.2.1 Kommunikasjon

I Brattgjerd og Olsen (2016) sin artikkel kommer det frem at det å forberede pasient og pårørende om hvilket forløp de kan forvente seg, tilstrebe god kommunikasjon og informasjon rundt den terminale fasen. Sykepleier skal bli kjent med pasienten og hans ønsker via de pårørende, spesielt i de tilfeller der for eksempel pasienten lider av demens. God kommunikasjonen innebærer også å involvere pårørende i forløpet sammen med pasientenes ønsker slik at de vet hvorfor sykepleiere handler slik de gjør.

I Svendsen, Landmark og Grov (2017) sin artikkel trekkes det inn at terminalpleie innebærer blant annet avklaringer og planlegging som må gjøres før en pasient dør. Det å gi målrettet informasjon og avklare om pårørende ønsker å være til hjelp bygger på god kommunikasjon. Denne informasjon gjentas ofte og bør tilstrebnes gjennom hele forløpet til den døende pasienten.

I McIlpatrick *et al.* (2017) sin artikkel kommer det frem at å snakke om døden var utfordrende og vanskelig. Sykepleierne opplevde det unaturlig å bruke "DCI" (dignity care intervention) som et hjelpemiddel for å snakke om døden med pasienten, når det ikke var gode nok relasjoner mellom sykepleieren og pasienten. Det kommer også fram at kultur er viktig å tenke på når man skal snakke om døden og livets slutt. Kommunikasjonen rundt døden kan være vanskelig, men det er også viktig.

I Fernández-Sola *et al.* (2017) sin artikkel kommer det frem at å overvurdere livet kan bety mangel på selvtillit, noe som kan hindre et menneske å møte døden med fred. Helsepersonell skal behandle terminale pasienter med respekt, bry seg om hva pasienten går igjennom og lytte til pasienten.

Gonella *et al.* (2021) trekker frem at få studier har forsket kvalitativt på sykepleiernes oppfatninger om kommunikasjon ved livets slutt med pårørende i sykehjem og deres perspektiv på prosessen. Helsepersonell har innsikt i flere sider av kommunikasjonen som kanskje ikke har blitt dokumentert i kliniske journaler tidligere. Dette omhandler kommunikasjonen mellom pårørende og pasient. Flere av intervjuene med sykepleierne viste at gode relasjoner mellom pårørende og sykepleier, fremmer god kommunikasjon og god omsorg ved livets slutt. Denne studien ble derfor rettet mot å utforske hvordan kommunikasjon ved livets slutt påvirker omsorgen hos sykehjemsbeboere i henhold til sykepleieres perspektiv. Artikkelen tar for seg flere faktorer som påvirker kommunikasjon i palliativ rettet omsorg. Blant annet kvaliteten på relasjoner, forståelse, beslutninger og preferanser mellom helsepersonell, pasient- og pårørende.

4.2.2 Kompetanse- og bemanning

I Brattgjerd og Olsen (2016) sin artikkel kommer det frem at for å lindre plager og ubehag kreves det god planlegging opp mot den medikamentelle behandlingen tidlig i forløpet. Dette krever både god kompetanse og tilstrekkelig med bemanning. God kompetanse innebærer å ikke tilstrebe at den døende pasienten skal få flest mulig levedager, men sikre at pasienten er godt smerte lindret i den terminale fasen. Et hjelpemiddel for sykepleieren er å bruke verktøyet LCP, som er en tiltaksplan for å sikre god kontinuitet i pleien og for at man ikke skal glemme de individuelle gjøremålene hos den terminale pasienten.

Svendsen, Landmark og Grov (2017) trekker fram i sin artikkel at det kreves god kompetanse for å møte pasienters komplekse behov. Dette henger sammen med en tilstedeværelse for å gjennomføre kliniske observasjoner, vurderinger og å iverksette nødvendige tiltak. Det kommer også fram at det er vanskelig å skulle vurdere når pasienter er i den terminale fasen, fordi det er forskjellige oppfatninger. Ved en bedre bemanning kan både pasienten og pårørende føle på trygghet. Sykepleieren skal tydeliggjøre at de tar ansvar, for eksempel ved medikamenter og observasjoner rundt den terminale fasen. I tilfeller ved underbemanning hender det at pårørende kjenner på mangel på tilgjengeligheten av sykepleiere og dermed blir det pårørende som observerer pasienten. Det kommer fram at kompetanse er vesentlig for å føle seg trygg i sin rolle. Sykepleiere opplever at de ofte er alene om alt, og dermed blir det vanskelig å gi en forsvarlig og helhetlig helsetjeneste uten å inkludere pasienten og dens pårørende.

McIlfatrick *et al.* (2017) hevder i sin artikkel at det kreves kompetanse for å kommunisere med pasientene om døden. Sykepleierne som ikke hadde god nok relasjon med pasienten opplever det ofte problematisk å snakke om døden med pasienten. Det kommer også fram i artikkelen at man bør være bevisst på kultur og å ha god kompetanse for å snakke om døden.

Gonella *et al.* (2021) er en artikkel som omhandler kommunikasjon, men god kommunikasjon handler også om god kompetanse. Kompetansen skal brukes til å veilede og informere både pasient og pårørende om livets slutfase og bidrar til å fremme hva som er best for pasienten. Et godt tverrfaglig samarbeid mellom sykepleiere og leger bidrar til økt kompetanse og en trygghet for pasienten og pårørende. Det er viktig at pasienten er forberedt på hvilke symptomer og ubehag en kan oppleve i livets slutfase.

4.2.3 Palliativ- og lindrende pleie

I Brattgjerd og Olsen (2016) kommer det fram at LCP er et verktøy som går fra behandling til lindring. Man skal ikke tilstrebe at den døende skal få flest mulige levedager, men heller sikre at pasienten har det godt de dagene som er igjen. Kriteriene for å kunne igangsette LCP er uklare, men det henvises i artikkelen til fire kriterier for å anslå at en pasient kan anses som døende, dette uten at disse kriteriene blir videre beskrevet. Videre i artikkelen kommer det fram at demente kan være utfordrende å tolke, da pasienter med demens kan ha en svært svingende dagsform. Den ene dagen kan de være sengeliggende, lite kontaktbare og ikke ville ta til seg næring, mens dagen etter kan de mer eller mindre være seg selv igjen. LCP kan være et godt verktøy som bidrar til at pasienter får en mer forsvarlig pleie og omsorg. Artikkelen presenterer fem undertemaer, disse er: «*Se hele pasienten*», «*Være i forkant*», «*Lindre, ikke overbehandle*», «*Se og involvere pårørende*» og «*Sikre kontinuitet i pleien*».

Svendsen, Landmark og Grov (2017) trekker fram at det å være tilgjengelig for pasient og pårørende gjenspeiler trygghet i den lindrende behandlingen. Det er viktig å tydeliggjøre at det er sykepleier sitt ansvar rundt observasjoner ved for eksempel medikamenter. Klare retningslinjer når det gjelder medikament forordning er et ansvar sykepleieren har i arbeid med døende pasienter.

Su *et al.* (2018) hevder i sin artikkel at flere av pasientene de tok hånd om hadde alvorlig lidelse og de hadde stor mangel på verdighet. Sykepleierne brukte et skåringsverktøy som registrerte smerter og symptomer. Til tross for at de prøvde å behandle smerten, forble flere av symptomene assosiert med lidelse. Enkelte behandlinger reduserte opplevelsen av verdighet, blant annet ernæringssonde og dialyse behandling.

McIlpatrick *et al.* (2017) viser til i sin artikkel at fokuset på DCI (dignity care intervention) bidro til at pasientene kunne bli involvert i beslutningsprosessen. DCI fremmer viktigheten av å vedlikeholde verdigheten til pasienten. De hadde et fokus på å møte pasienten slik som den er, respektere deres ønsker å opprettholde deres velvære og sørge for at de er komfortable.

I artikkelen til Fernández-Sola *et al.* (2017) kommer det fram at menneskeverdet er oppbygd av autonomi. Ved at pasienten kan ta beslutninger som omhandler den terminale fasen, vil hjelpe pasienten å dø fredelig. Fordi det kan være mye støy på akuttmottaket, vil det ikke være verdig for terminale pasienter å være der. Det skal være stille og fredelig på et rom for å ivareta den døendes verdighet.

I Gonella *et al.* (2021) sin artikkel kommer det frem at god kommunikasjon er sentralt for å fremme god omsorg ved livets slutt. Flere intervjuobjekter i denne artikkelen rapporterte at gode relasjoner mellom pårørende og sykepleier bidrar til god omsorg i den terminale fasen. En dårlig timing i overgangen til palliativt orientert omsorg er påvirket av dårlig relasjon mellom sykepleier, pårørende og annet helsepersonell. Sykepleiers holdninger er hovedsakelig rettet mot støttende omsorg, smertelindring og psykologisk støtte til familien for å fremme en god og verdig død. Det er viktig at pasientens ønske kommer fram, men sykepleierne i denne artikkelen formidlet at få pasienter hadde uttrykt sine ønsker ved livets slutt. Når palliativ rettet omsorg skal iverksettes skal sykehusinnleggelser unngås, diagnostiske tester, perifer venekanyale skal seponeres, oral terapi skal stoppes og symptom orientert behandling skal startes.

5.0 Drøfting

I denne delen av litteraturstudiet drøftes faktorer som; kommunikasjon, kompetanse- og bemanning og palliativ- og lindrende pleie, i forhold til «Hvordan kan sykepleier ivareta eldre pasienter i den terminale fasen?». Vi anvender vitenskapelige artikler og relevant teori. Vi vil også trekke inn erfaring fra praksis der det faller seg naturlig.

5.1 Kommunikasjon

Forberedende samtale

I noen av artiklene er det flere faktorer som belyser viktigheten av kommunikasjon ved livets slutfase. I Brattgjerd og Olsen (2016) blir det hevdet at det handler om å informere pasient og pårørende om hvilket forløp de kan forvente seg i den terminale fasen. I følge pasient- og brukerrettighetsloven §3-2 (1999) har pasienten rett til informasjon om egen helsetilstand, og videre prosess i behandlingen. Når det gjelder å informere pårørende om hvordan døden vanligvis arter seg, kan man også spørre om de har tidligere har opplevd nære dødsfall og hvilke erfaringer de da satt igjen med (Thoresen og Dahl, 2015).

Dersom pasienten lider av demens, må det tilstrebes tilstrekkelig kommunikasjon mellom sykepleier, pasient og pårørende. På denne måten kan man bli bedre kjent med pasienten og deres ønske (Brattgjerd og Olsen, 2016). Dessuten kommer det fram i artikkelen til Gonella *et al.* (2021) at god kommunikasjon er assosiert med bedre kvalitet på omsorg i sykehjem og generelt i helsesektoren. American Geriatrics Society identifiserer god kommunikasjon som et vesentlig element for å fremme effektiv personsentrert omsorg (Gonella *et al.*, 2021).

I Thoresen og Dahl (2015) beskriver de viktigheten av å ha en forberedende samtale tidlig i forløpet, slik at pasienten er i bedre stand til å delta. Det som kan bli tatt opp i en slik samtale er avhengig av pasienten sin situasjon og hva de selv ønsker å snakke om. Dessuten blir det forklart i Blix og Breivik (2016) at ved en samtale med pasienten og pårørende er det viktig at pasientens spesielle interesser og ønsker kommer frem. Med andre ord, det er viktig at det blir lagt til rette for det. Dette er med på å støtte Thoresen og Dahl (2015) om hvorfor en forberedende samtale er viktig.

Når en forberedende samtale skal gjennomføres er det alltid viktig at det blir tatt opp hvem pasienten velger som sin nærmeste pårørende før den terminale fasen forekommer. En forberedende samtale kan gjennomføres med nærmeste pårørende dersom pasienten selv ikke er i stand til å delta i en slik samtale grunnet for eksempel, kognitiv svikt eller andre forhold (Thoresen og Dahl, 2015). I tillegg sier pasient- og brukerrettighetsloven §3-1 (1999) at “Dersom pasienten ikke har samtykkekompetanse, har pasientens nærmeste pårørende rett til å medvirke sammen med pasienten”. Derfor er det viktig å avklare hvem som er nærmeste pårørende til pasienten, før den terminale fasen finner sted.

Målrettet informasjon

I Svendsen, Landmark og Grov (2017) sin artikkel beskriver de at terminalpleie innebærer planlegging og avklaringer som må gjøres før en pasient dør. Når den målrettede informasjonen gis, bør det bli gjort avklaringer om hva pårørende ønsker å få informasjon om, og hva de ønsker å bidra med. Samtidig har vi erfart fra praksis at ikke alle pårørende ønsker all informasjon. Ifølge Thoresen og Dahl (2015) er det viktig at man avklarer og dokumenter om pårørende ønsker å være til stede så mye som mulig og om de ønsker å bli oppringt ved forandringer eller dersom døden skulle inntreffe i løpet av natten. Videre er det også viktig at pasientens preferanser kommer frem. Når døden inntreffer er det viktig at helsepersonell, pasient og pårørende har hatt en god samtale om deres ønsker før pasienten er i en terminal fase. På bakgrunn av dette vil helsepersonell være oppmerksomme på pasienten og pårørende sin preferanse, noe som kan bidra til en god avslutning på livet for pasienten og en god opplevelse for pårørende. Dette fører videre til at helsepersonell er mer oppmerksomme på symptomer som reflekterer pasientens livskvalitet (Gonella *et al.*, 2021).

Den målrettede informasjonen gjentas ofte og bør tilstrebes gjennom hele forløpet til den døende pasienten, kommer det frem i artikkelen til Svendsen, Landmark og Grov (2017). Likevel har vi erfart fra tidligere praksis at denne type informasjon ikke alltid blir gjentatt så ofte som den burde blitt. Noe som støtter opp imot Brattgjerd og Olsen (2016) sin påstand om at informasjon til pasient og pårørende er en viktig del av kommunikasjonen. Sykepleiere kan være travle og dette kan påvirke til at pasienten ikke ber om informasjon, fordi de ikke vil være til bry (Blix og Breivik, 2006).

I Gonella *et al.* (2021) meldte sykepleierne ifra om at på enkelte sykehjem var det fraværende og forsinket kommunikasjon mellom pårørende og lege. Dette førte videre til at pårørende

ikke fikk mulighet til å være tilstede under dødsfallet. Tilrettelagt kommunikasjon ved livets slutt er derfor en viktig faktor der sykepleier og annet helsepersonell skal være bevisst på dårlig prognose. Dette kan sammenlignes med Brattgjerd og Olsen (2016) sin påstand om viktigheten rundt informasjon og kommunikasjon.

Videre i Gonella *et al.* (2021) sin artikkel blir det rapportert om at det var delt beslutningstaking mellom helsepersonell, pasienten og pårørende. Å veilede og informere pårørende om overgangen til den palliative omsorgen er sentralt for å formidle hva som er best for deres nærmeste. Hauge (2018) forklarer at det å medvirke i beslutningsprosesser er en viktig dimensjon for å sikre god kvalitet for pasienter. Når man skal ivareta og respekterer pasientenes rettighet i tråd med kvalitetsforskriften og pasientrettighetsloven, kan det skape etiske utfordringer. På bakgrunn av dette er det noen beslutninger som innebærer en stor betydning for pasientens liv og helse. Det kan da være nødvendig å foreta en systematisk vurdering av pasientens samtykkekompetanse (Hauge, 2018).

Kartleggingsverktøy

Å bruke DCI som et hjelpemiddel ble opplevd som utfordrende. Det ble for sykepleieren unaturlig å spørre pasienten om spørsmål knyttet til døden uten å ha bygget en relasjon til pasienten (McIlfatrick *et al.*, 2017). Videre i artikkelen til McIlfatrick *et al.* (2017) kommer det også fram at, på grunn av ulike kulturer blir det en utfordring å prate om døden. Til tross for at døden er noe man skal prate om, var ikke dette noe man ble lært opp til i eldre generasjoner. Derimot kan skjemaet i «livets siste dager» være et bedre hjelpemiddel fordi det skal trygge kommunikasjonen mellom personalet, pasienten og deres pårørende (Helsebiblioteket, 2015).

Kommunikasjon har hatt et økende fokus de siste to tiårene. Heyn (2015) legger vekt på viktigheten av kommunikasjon blant sykepleier og annet helsepersonell. Det finnes ulike hjelpemidler for å kunne gi informasjon. Både spørreskjemaer, kartleggingsverktøy og coaching er gode verktøy for å skape god kommunikasjon mellom helsepersonell og pasient. Dette vil også støtte oppunder skjemaet i «livets siste dager». Dessuten har dette vist seg å ha en positiv effekt på kommunikasjonen.

5.2 Kompetanse- og bemanning

Det kommer frem i artikkelen til Svendsen, Landmark og Grov (2017) at bemanningen i sykehjem ofte er lav og at kompetansen til medarbeiderne ikke er god nok. I praksis betyr samhandlingsreformen en overføring av oppgaver fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten, det vil si at pasienter skrives raskere ut av blant annet sykehusene. Spesialisthelsetjenesten får da frikjøpt mere tid de heller kan bruke på spesialisert pasientbehandling (St.meld. 47 (2008-2009)). Imidlertid er vår erfaring det at spesialisthelsetjenesten skriver ut mange alvorlig syke og terminale pasienter til kommunene raskere enn de kanskje tidligere ville ha gjort. Dette kan være en utfordring rundt om i kommunene der det ofte er stor sykepleiermangel og manglende kompetanse blant de ansatte til å kunne fortsette behandlingen av disse pasientene på en forsvarlig måte.

Som nevnt tidligere utdypes dette i artikkelen til Svendsen, Landmark og Grov (2017), der de understreker at bemanningen ofte er lav på sykehjem og at sykepleiefaglig kompetanse er mangelfull. På grunn av dårlig bemanning og lav kompetanse hos medarbeidere, ble det erfart at dette fører ofte til at sykepleieren har mye ansvar i avdelingen og dette kan gå utover pasientene som er i en terminal fase. Dette støttes opp av Thoresen og Dahl (2015) der de skriver at utfordringene kan være store i forhold til å ha god nok kompetanse og bemanning i sykehjem. Likevel er det palliative enheter i de fleste kommunene, som har bedre fagkompetanse innenfor helse- og omsorgstjenestene. Dette vil da komme til pasientens fordel (St.meld. 47 (2008-2009)).

Hva vil dårlig bemanning og lav kompetanse ha å si for pasientene i en terminal fase? I Svendsen, Landmark og Grov (2017) trekkes det frem at pårørende kjente på en mangel av tilgjengelighet fra sykepleierens side når det var dårlig bemanning i avdelingen. Dette førte videre til at det var de pårørende som måtte observere pasienten. Videre sier artikkelen at bemanning er vesentlig for at både pasient og pårørende skulle føle seg trygge. Sykepleierne følte seg ofte alene om alt, og derfor ble det vanskelig å gi en forsvarlig og helhetlig helsetjeneste. Thoresen og Dahl (2015) skriver videre at ifølge en dansk studie ser man at beboere i sykehjem var engstelige for om de ville bli godt nok ivaretatt i livets siste dager. Denne studien var basert på pasienter som tidligere hadde vært innlagt i sykehjem og som var blitt dårlig behandlet av personalet.

I tilfeller der man møter pasienter med komplekse behov er kompetanse en vesentlig faktor. Det er nødvendig med tilstedeværelse slik at kliniske observasjoner, vurderinger og

iverksettelse av nødvendige tiltak blir gjennomført. For å vurdere om en pasient er døende kreves god kompetanse. Likevel forteller en sykepleier i artikkelen at det er forskjellige synspunkt på når den terminale fasen starter (Svendsen, Landmark og Grov, 2017).

Konklusjonen på dette kan være at kompetansen rundt den terminale fasen ofte er for dårlig. Dette kan støttes opp under St.meld. 47 (2008-2009, s. 61) som sier at, “Med palliative enheter menes enheter som er organisatorisk tilrettelagt og har faglig kompetent personell for å drive mer avansert lindrende behandling og pleie enn det som kan tilbys i en vanlig sykehjemsavdeling”.

Videre i St.meld. 47 (2008-2009) kommer det frem at mennesker i livets siste fase har behov for helhetlig omsorg og dette omfatter den psykiske, sosiale, kulturelle og åndelige ivaretagelsen. Pasienter med uhelbredelig sykdom og kort levetid er de som har behov for lindrende behandling. Målet med behandlingen er å ivareta livskvaliteten på en best mulig måte både for pasienten og deres pårørende. Videre viser de til et sykehjem i Trondheim kommune, om hvordan de har valgt å løse “problemet” med kompetanse og bemanning. De har bygget opp en lindrende enhet og har et stort fokus på bemanning og kompetanse. Dette innebærer økning av grunnbemanning, flere sykepleiere og leger. Et tverrfaglig team er igangsatt for å ivareta pasientomsorgen og har ukentlig internundervisning. Videre økonomisk sett er driftskostnadene høyere enn i vanlige sykehjem og sykehus. Ettersom driftskostnadene er høyere her, har sykehuset bidratt med finansiering av plasser og kommunen har en avtale som sikrer at de får dekket utgifter hvis det er snakk om bruk av kostbare medisiner. Selv om driftskostnadene er høyere, viser en foreløpig evaluering at dette er gunstig både faglig og samfunnsøkonomisk. Når fagligheten og grunnbemanningen er høyere vil dette gjenspeiles i at pasienten føler en trygghet i en sårbar fase av livet.

5.3 Palliativ- og lindrende pleie

Brattgjerd og Olsen (2016) har i sin artikkel trukket frem Liverpool Care Pathway. LCP er et verktøy som innebærer at man går fra behandling til lindring. Ettersom man ikke skal tilstrebe at den døende pasienten får flest mulig leve dager, er det viktig at man heller sikrer at pasienten har det godt de dagene som er igjen. I St.meld. 47 (2008-2009) står det at lindrende og palliativ behandling blir omtalt som tjenester som innebærer behandling, pleie og omsorg rettet mot pasienter med forventet kort levetid. Målet i prosessen skal være å kunne gi

pasienten best mulig livskvalitet. Dette støtter opp under artikkelen til Brattgjerd og Olsen (2016).

Når man skal igangsette LCP, henviser artikkelen til fire kriterier for å anslå om en pasient kan anses som døende. Imidlertid er ikke disse fire kriteriene beskrevet videre, men artikkelen presenterer fem undertemaer som er, “*se hele pasienten*”, “*være i forkant*”, “*lindre*”, “*ikke overbehandle*”, “*se og involvere pårørende*” og “*sikre kontinuitet i pleien*”. På en annen side beskriver Hjort (2010) fire kriterier som er naturlige i dødsprosessen. Disse er “Pasienten sover mer, pasienten orker mindre og tar til senga, bevisstheten blir fjernere, og pasienten kan være forvirret, pasienten spiser og drikker mindre og mindre, og slutter så helt å spise og helt til slutt også å drikke” (Hjort, 2010, s. 453). Artikkelen til Brattgjerd og Olsen sier videre at det kan være utfordrende å tolke demente, da disse kan ha en svært svingende dagsform i motsetning til pasienter som ikke har en kognitiv svekkelse. Pasienter med demens kan være seneliggende, lite kontaktbare og ikke ville ta til seg næring den ene dagen, mens dagen etter kan de mer eller mindre være seg selv igjen. Dette er like relevant for kompetanse- og bemanning som palliativ- og lindrende pleie.

I Gonella *et al.* kommer det frem at når en palliativ rettet omsorg iverksettes skal sykehusinnleggelser, diagnostiske tester, og oral terapi unngås. Videre skal perifere venekanyler seponeres og symptom orientert behandling startes. Likevel ble det rapportert fra noen sykepleiere at behandling med parenteral ernæring og intravenøs behandling ble gitt i den terminale fasen. Dette kan støttes i Thoresen og Dahl (2015), der det kommer frem at en del av dødsprosessen i livets siste dager er at pasienten slutter å ta til seg næring. Man kan ha bekymring for at pasienten føler på sult og plagsom tørste. Forskning viser at sult sjeldent forekommer i den terminale fasen og at intravenøs væske ikke hjelper på opplevelsen av å tørste. Gode tiltak er godt munnstell og hyppig fukting av munnhulen, da døende pasienter ofte puster med åpen munn. I tilfeller der pasienten får legemidler som ikke lengre har virkning og får tilleggs symptomer grunnet bivirkninger, bør behandlingen som ikke lenger har nytte seponeres. Selv om det er legene som har ansvar for den medikamentelle forordningen, og seponering, er det sykepleier som må ta problemstillingen videre til legene (Blix og Breivik, 2006).

I artikkelen til Svendsen, Landmark og Grov (2017) kommer det fram at klare retningslinjer når det gjelder medikament forordningen er et ansvar sykepleieren har i arbeid med døende pasienter. Medikamenter som pasienten kan få ved lindrende pleie gis subkutant. Dette støttes

opp i Hjort (2010, s.454) sin tabell “Lindrende legemidler som kan gis subkutant til døende” vist i kapittelet under bakgrunn. Dette utdypes videre i Blix og Breivik (2006) som fremmer at symptomer som er plagsomme bør lindres slik at pasienten får en verdig død.

I Su *et al.* (2018) hevder de i sin artikkel at flere av pasienter de tok hånd om hadde alvorlig lidelse og de hadde stor mangel på verdighet. Et skåringsverktøy ble brukt for å registrere smerte og symptomer. Selv om pasientene fikk smertelindring kunne de melde om at de fortsatt hadde smerter. I Thoresen og Dahl (2015) kommer det frem at, en god smertelindring er noe av det viktigste vi hjelper alvorlig syke og døende pasienter med. Hvis en pasient ikke sier ifra om smerter selv er det viktig at vi som sykepleiere ser etter tegn på smerter, som grimaser, om de er urolige, ynker seg og gjør motstand ved for eksempel snuing av pasienten. Derfor er det viktig å kartlegge smerter og symptomer tidlig. I den forbindelse kan man også bruke et skåringsverktøy som heter ESAS. “ESAS er et symptomskjema som i Norge er valgt som et standard verktøy for registrering av symptomer hos palliative pasienter” (Norsk Helseinformatikk, 2021).

McIlfrick *et al.* (2017) sin artikkel har fokus på et skjema som heter DCI (dignity care intervention) som innebærer at pasienter skal bli involvert i beslutningsprosesser. Skjemaet DCI fremmer viktigheten av å vedlikeholde verdigheten til pasientene. De hadde et fokus på å møte pasienten slik den er, respektere deres ønsker og opprettholde deres velvære og sørge for at de komfotable. I motsetning til i Gonella *et al.* sin artikkel, der det kommer frem at sykepleieres holdninger i hovedsak er rettet mot støttende omsorg, smertelindring og psykologisk støtte for å fremme en god og verdig død. Pasientens ønsker i livets slutt skal stå i fokus. Likevel blir det rapportert i artikkelen at det er få pasienter som hadde uttrykt sine ønsker. Når pasienten sine ønsker ble kjent, ble dette delt med deres pårørende. Pasientens ønske om en fredfull død kom ofte i konflikt med pårørendes ønske om å fortsette behandlingen.

I Fernández-Sola *et al.* (2017) sier dem at menneskeverd er bygd opp av autonomi. Dette innebærer at det skal være mulig å ta beslutninger i tråd med livets slutt og det å dø på et fredelig vis. I Thoresen og Dahl kommer det frem at det å ha respekt for den enkelte pasients liv, og retten til å medvirke når det gjelder beslutninger som gjelder egen helse, er noen verdier som er sentrale i livets slutt fase. Disse verdiene er også et mål i utøvelsen av sykepleie til den døende pasienten. I følge pasient- og brukerrettighetsloven (1999) §3-1 har pasienten rett til å medvirke for sine beslutninger i helse- og omsorgstjenester, så langt det lar

seg gjøre og er faglig forsvarlig. Videre skal nevnes at det ikke finnes en definisjon eller en forståelse for hva en god og verdig død innebærer, men vi skal legge til rette for en død som er i tråd med hvem den døende pasienten er og hva pasienten selv ønsker (Thoresen og Dahl, 2015).

Dette kan vi trekke parallelt med rettighetene for den døende pasienten som er skrevet i en erklæring fra de Forente nasjoner (FN). Denne erklæringen omtaler blant annet betydningen av ”å opprettholde håp, retten til å slippe å dø alene, rett til smertelindring og rett til å forvente at kroppen blir behandlet med verdighet etter døden” (Thoresen og Dahl, 2015, s. 934). FN’s erklæring gjelder uansett hvem pasienten er og hvor pasienten befinner seg. (Thoresen og Dahl, 2015). Fernández-Sola *et al.* (2017) forklarer at det er viktig at det skal være stille og fredelig på et rom for å ivareta den døendes verdighet. Dette gjenspeiler seg igjen i FN’s erklæring fra Thoresen og Dahl (2015) om at man skal ta vare på de ulike verdiene og rettighetene til hver pasient.

5.4 Kritisk vurdering av litteratur

I denne litteraturstudien har fem av seks artikler blitt publisert innenfor de siste fem år, den ene ble publisert for seks år siden. Ved at artiklene er innenfor de siste ti år, har stor betydning for hvor relevant innholdet er til dags dato.

Fire av seks artikler er skrevet på engelsk og derfor kan det tas i betraktning at noe er feiltolket under oversettelsen.

Artiklene som er inkludert har enten kvalitativ metode eller har både kvalitativ og kvantitativ metode. Fire av artiklene er kvalitative, mens de to andre er både kvalitativ og kvantitativ. I denne litteraturstudien har det vært mest hensiktsmessig å bruke kvalitativ metode for å få svar på «Hvordan kan sykepleier ivareta eldre pasienter i den terminale fasen?» da vi ser på ivaretagelsen av den eldre terminale pasienten.

Alle artiklene som er inkludert i litteraturstudien er både fagfellevurdert og har en IMRaD struktur.

Artiklene fra Brattgjerd og Olsen (2016) og Svendsen, Landmark og Grov (2017) er fra Norge, og anses derfor som mest relevant for denne litteraturstudien. Likevel ser vi relevansen

fra de andre artiklene selv om de er fra Irland, Spania, Italia og USA da de tar for seg ivaretagelsen av den døende pasienten på ulike arbeidsarenaer. Artikkelen fra McIlpatrick *et al.* (2017) har arena fra hjemmetjenesten, Su *et al.* (2018) har medisinske avdelinger på sykehus, Fernández-Sola *et al.* (2017) har akuttmottaket og Gonella *et al.* (2021) har sykehjem, samt at de to norske artiklene også finner sted på sykehjem. Da får vi ulike arenaer og situasjoner å anvende mot «Hvordan kan sykepleier ivareta eldre pasienter i den terminale fasen?».

Artiklene fra Su *et al.* (2018) er gjennomsnittsalderen 66,9 år. I artiklene fra både Fernández-Sola *et al.* (2017) og McIlpatrick *et al.* (2017) ser de det fra sykepleieperspektivet. På grunn av de ulike arenaer har vi valgt å inkludere disse artiklene da både arena og situasjon er relevant i forhold til ivaretagelsen av pasienten og en verdig død.

På bakgrunn av at det er helsepersonell som har skrevet artiklene, virker dette troverdig mot temaet som vi belyser. Innholdet er relevant for problemstillingen vår, vi kan finne flere faktorer som blir nevnt fra artiklene, som gjenspeiler seg fra faglitteraturen og vår erfaring fra praksis.

6.0 Konklusjon

I denne litteraturstudien har vi funnet flere ulike faktorer, kommunikasjon, kompetanse og bemanning, palliativ- og lindrende pleie, som påvirker ivaretagelsen av den eldre døende pasient i den terminale fasen.

Forutsetningene for å kunne ivareta pasientene best mulig i den terminale fasen vil blant annet være å styrke bemanningen, øke kompetansen og ha god kommunikasjon mellom de ulike yrkesgruppene, pasienten selv og deres pårørende. Kommunikasjon, bemanning- og kompetanse, palliativ- og lindrende pleie er viktig for at pasientene og pårørende skal føle trygghet, føle at de blir sett, hørt, og for å gi den hjelpen de trenger i en terminal fase. Ved å øke bemanningen på sykehjemmene får sykepleieren mer tid til å ivareta den døende pasienten. Ved å øke kompetansen vil sykepleieren bli tryggere i utførelsen av den palliative- og lindrende pleie. Den økte kompetansen til sykepleieren vil igjen trygge pasienten og pårørende. God kommunikasjon både skriftlig og muntlig bidrar til at pasientsikkerheten

styrkes ved at man hele tiden er oppdatert i forhold til hva som er blitt gjort og hva som skal gjøres. God kommunikasjon bør også tilstrebes overfor pasient og pårørende, slik at de hele tiden er informert om situasjonen.

Iverksettelse av «Livets siste dager» handler om å bruke tiltaksplan for å kunne gi pasienten en målrettet palliativ pleie i den terminale fasen. På denne måten vil man sikre at pasienten ikke blir overbehandlet, men blir lindret godt i livets slutfase.

Enkelte kommuner har egne lindrende enheter der gjerne sykepleierne har spesialkompetanse innenfor fagfeltet, noe som sikrer et større tilbud til pasienter som trenger palliativ pleie.

For å summere opp vil alle disse komponentene være med på å ivareta, trygge og sikre kontinuitet i pleien til pasienten i den palliative og terminale fasen.

Etterord

“Ein må ikkje døy. Og skal ein likevel døy, må det skje langsamt, over lang tid, og utan smerter, slik at når det ein dag verkeleg skjer, så merkar verken du eller vennene dine noko som helst” (Hovland, 2007, s. 57).

7.0 Litteraturliste

Alvsvåg, H. (2016) Omsorg – med utgangspunkt i Kari Martinsens omsorgstenkning, i Knutstad, U. (red.) *Sentrale begreper og fenomener i klinisk sykepleie 2*. 4 utg. Oslo: Cappelen Damm AS, s. 346-380.

Barstad, A. (2019) Livskvalitet, *Store Norske Leksikon*. Tilgjengelig fra: <https://snl.no/livskvalitet#:~:text=Livskvalitet%20er%20i%20vanlig%20spr%C3%A5kbruk,godt%20eller%20d%C3%A5rlig%20liv%20inneb%C3%A6rer> (Hentet: 5. mai 2022).

Birkeland, A. og Flovik, A.M. (2011) *Sykepleie i hjemmet*. Oslo: Akribe AS.

Blix, E.S. og Breivik, S. (2006) *Basisbok i sykepleie: om menneskets grunnleggende behov*. Bergen: Fagbokforlaget.

Brattgjerd, M og Olsen, R.M. (2016). Omsorg ved livets slutt – En kvalitativ studie av sykepleieres erfaringer med bruk av Liverpool Care Pathway i sykehjem. *Tidsskrift for omsorgsforskning*. 2(3). s. 189-201. doi: <https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2016-03-05>.

Brenne, A-T. og Dalene, R. (2016) Symptomlindring av den døende pasienten, i Loge, J.H. (red.) *Palliasjon*, 3 utg. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 638-652.

Brinchmann, B.S. (2016) De fire prinsippers etikk - velgjørenhet, ikke skade, autonomi og rettferdighet, i Brinchmann, B.S. (red.) *Etikk i sykepleien*, 4.utg. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 81-96.

Dalland, O. (2012) *Metode og oppgaveskriving*, 5.utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Eide, H. og Eide, T. (2009) *Kommunikasjon i relasjoner*, 2. utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Engedal, K. (2019) Alderdom, *Store Norske leksikon*. Tilgjengelig fra: <https://sml.snl.no/alderdom> (Hentet: 5. mai 2022).

Eriksen, S. (2015) Menneskets psykososiale behov, i Holter, I.M. (red.) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie 1*. 5. utg. Oslo: Cappelen Damm AS, s. 887-907.

Fernández-Sola, C., Cortés, M.M.D., Hernández-Padilla, J.M., Torres C.J.A., Terrón, J.M.M. og Granero-Molina, J. (2017) Defining dignity in end-of-life care in the emergency department, *Sage journals*, 24(1), s. 20-32. doi: <https://doi.org/10.1177/0969733015604685>.

Folkehelseinstituttet (2020) *Dødsårsaksregisteret - Dødsfall etter dødssted og bofylke (D3a)*. Tilgjengelig fra: <http://statistikkbank.fhi.no/dar/>. (Hentet: 25. mars 2022).

Gonella, S., Basso, I., Clari, M., Dimonte, V. og Giulio, P.D. (2021) A qualitative study of nurses' perspective about the impact of end-of-life communication on the goal of end-of-life in nursing home. *Scandinavian Journal of Caring sciences*, 35 (2), s. 502-511. doi: [10.1111/scs.12862](https://doi.org/10.1111/scs.12862).

Hauge, S. (2018) Sykepleie i sykehjem, i Kirkevold, M., Brodtkorb, K., og Ranhoff, A. H. (red.). *Geriatrisk sykepleie - god omsorg til den gamle pasienten*. 2. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS s. 265-283.

Helsebiblioteket (2015) *Livets siste dager - implementering og bruk av plan for lindring i livets slutfase*. Tilgjengelig fra: <https://www.helsebiblioteket.no/fagprosedyrer/ferdige/livets-siste-dager> (Hentet: 27. mars. 2022).

Helsebiblioteket (2015) *Palliativ omsorg*. Tilgjengelig fra: <https://www.helsebiblioteket.no/omsorgsbiblioteket/palliasjon> (Hentet: 27. mars. 2022).

Helsedirektoratet (2021) *Lindrende Enheter*. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/tilskudd/lindrende-enheter> (Hentet: 2. mai 2022).

Heyn, L. (2015) Kommunikasjon - Menneskets grunnleggende behov for å forstå og å bli forstått, i Holter, I.M. (red.) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie 1*. 5. utg. Oslo: Cappelen Damm AS, s. 363-398.

Hjort, F.P. (2010) Pleie og omsorg ved livet slutt, i Kirkevold, M., Brodtkorb, K., og Ranhoff, H.A. (red.) *Geriatrisk sykepleie- god omsorg til den gamle pasienten*. 1. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS, s. 447-455.

Hovland, R. (2007) Døyd, i Spurkland, M. (red.) *Sorg*, Oslo: Humanistisk forlag. s. 57.

Ja til verdighet (2011) Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/etikk/2011/02/ja-til-verdighet> (Hentet: 23. mars 2022).

Kirkevold, M. og Bringsli, G.J. (2020) Sykepleier, *Store Medisinske Leksikon*. Tilgjengelig fra: <https://sml.snl.no/sykepleier#:~:text=Sykepleier%20er%20en%20lovbeskyttet%20tittel,er%20ogs%C3%A5%20engasjert%20i%20forskning> (Hentet: 5. Mai 2022).

Kompetansesenteret for lindrende behandling Helseregion Vest (2016, a). *Bruk av LCP og «livets siste dager» i sjukeheimar*. Tilgjengelig fra: <https://helse-bergen.no/kompetansesenter-i-lindrande-behandling/bruk-av-lcp-og-livets-siste-dagar-i-sjukeheimar> (Hentet 1. april 2022).

Kompetansesenteret for lindrende behandling Helseregion Vest (2016, b). *Registrerte brukersteder for livets siste dager (2022)* Tilgjengelig fra: https://helsebergen.no/seksjon/KLB/Documents/Livets%20siste%20dagar/Brukersteder_Livets%20siste%20dager.pdf (Hentet 1. april 2022).

Kåss, E. (2021) Terminal, *Store Medisinske Leksikon*. Tilgjengelig fra: <https://sml.snl.no/terminal#:~:text=Terminal%20er%20noe%20som%20har,som%20regel%20d%C3%B8den> (Hentet: 24. mars 2022).

Lillemoen, L. (2015) Etik i sykepleien, i Holter, I.M. (red.) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie 1*. 5 utg. Oslo: Cappelen Damm AS, s. 297-338.

McIlfatrick, S., Connolly, M., Collins, R., Murphy, T., Johnston, B. og Larkin, P. (2017) Evaluating a dignity care intervention for palliative care in the community setting: community nurses' perspectives, *Journal of Clinical Nursing*, 26(23-24), s. 4300-4312. doi: <https://doi.org/10.1111/jocn.13757>.

Molven, O. (2019) *Helse og Jus*, 9. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Norsk Helseinformatikk (2021) *ESAS Symptomskjema*. Tilgjengelig fra: <https://nhi.no/skjema-og-kalkulatorer/skjema/lindrende-behandling/esas-symptomskjema/> (Hentet: 24. april. 2022).

Oslo kommune Tilgjengelig fra: <https://www.oslo.kommune.no/helse-og-omsorg/omsorgsbolig-og-sykehjem/sykehjem/oppholdstyper-pa-sykehjem/hospice-lindrende-enhet#gref> (Hentet: 27. mars. 2022).

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63> (Hentet: 31. mars 2022).

Segesten, K. (2016) Trygghet og utrygghet ved uklar og/eller alvorlig sykdom, i Knutstad, U. (red.) *Sentrale begreper og fenomener i klinisk sykepleie 2*, 4. utg. Oslo: Cappelen Damm AS, s. 146-158.

St.meld. 47 (2008-2009) (2009) *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

Su, A., Lief, L., Berlin, D., Cooper, Z., Ouyang, D., Holmes, J., Maciejewski, R., Maciejewski, P.K. og Prigerson, H.G. (2018) Beyond pain: Nurses assessment of patient suffering, dignity, and dying in the intensive care unit, *Journal of pain and symptoms management*, 55(6), s.1591-1598. doi: [10.1016/j.jpainsymman.2018.02.005](https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2018.02.005).

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

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

Thoresen, L. og Dahl, M. (2015) Sykepleie til den døende pasienten, i Holter, I.M. (red.) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie 1*. 5 utg. Oslo: Cappelen Damm AS, s. 926-960.

Vedlegg 1: PIO-skjema

P	I	O
Pasienter i terminal fase	Palliativ rettet sykepleie	Støtte, trygghet, forståelse, tilstrekkelig informasjon

